



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MADRES  
DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL:  
UN ESTUDIO COMPARATIVO”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**ISABEL QUEZADA PONCE**



DIRECTORA: DRA. CLAUDETTE DUDETE LIONS  
REVISORA: MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA  
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. MARCOS VERDEJO MANZANO

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis padres**

*Por ser el motor de mi existir, por darme la vida y estar conmigo en todo momento, por proporcionarme las bases para ser la persona que hoy soy, pero especialmente gracias por llenarme de tanto amor.*

### **A mi abuelito Ramiro (q.p.d)**

*Aunque ya no estas entre nosotros, gracias por tus enseñanzas, por confiar en mi y alentarme a luchar y defender cada uno de mis sueños.  
Te amo abue.*

### **Tía Niky**

*Por ser una persona muy especial en mi vida con la que he vivido un sin fin de experiencias. Te Quiero Mucho*

### **A mis familiares**

*Por estar ahí acompañándome en cada etapa de mi vida, por sus consejos, su apoyo y su cariño.*

### **Kary, Marianita y Aby**

*Por ser mis hermanitas y compartir tantos momentos, risas y lagrimas, por sus consejos, su escucha y hasta sus regaños. Sin ustedes, mi vida no hubiera sido la misma. Las quiero mucho*

### **A mis amiga/os**

*Por ser parte importante de esta historia, por todo lo que hemos vivido y aprendido, por su ayuda, comprensión y cariño.*

### **Al Lic. Jorge A. Valenzuela Vallejo**

*Muchas gracias por tu gran labor como docente, por ayudarme personal y profesionalmente, por impulsarme a seguir adelante, escucharme y acompañarme en este camino. Eres mi modelo a seguir.  
Te quiero mucho*

**A mi directora de tesis**

*Dra. Claudette Dudette Lions, muchas gracias por todas sus enseñanzas, por ser mi guía y apoyo en la realización de este sueño, por brindarme su tiempo y calidez, compartir sus conocimientos y experiencias. La quiero mucho*

**A mi revisora y sinodales**

*Mtra. Eva María Esparza Meza, Lic. Blanca Estela Reguero Reza, Lic. Aida Araceli Mendoza Ibarrola, Lic. Lidia Díaz San Juan y Lic. Marcos Verdejo Manzano, por la dedicación que pusieron en este proyecto que es tan significativo en mi vida, por sus comentarios y observaciones.*

**AI INR**

*Dr. Froylán E. Calderón Castañeda por haberme dado la oportunidad de efectuar esta investigación, proporcionándome los medios necesarios para su realización, así como su apoyo incondicional en mi ejercicio profesional.*

*Dra. Luz Ma, Dr. Otero, Dra. Paty, Julia, Vic, Memitto, Faby, Cecy, Mony, Angie, Gerardo gracias por su escucha, sus enseñanzas, su apoyo, pero especialmente por su amistad y por hacer de mi estancia en INR un experiencia tan enriquecedora y amena.*

**A la Universidad Nacional Autónoma de México  
y la Facultad de Psicología**

*Por brindarme la oportunidad de pertenecer a esta institución, acceder a una educación integral y disfrutar de la gran dicha de ser PUMA*

*Gracias a cada una de las personas que de forma temporal o permanente han estado en mi vida y me han permitido ser parte de la suya.*

***“Las coincidencias no existe, los inconscientes se buscan”***

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo 1. INTELIGENCIA	
1.1 Definiciones.....	5
1.2 Posturas de la inteligencia.....	5
1.2.1 Conceptualización empírica.....	6
1.2.2 Enfoque psicométrico.....	7
1.2.3 Las inteligencias múltiples.....	10
Capítulo 2. EMOCIONES	
2.1 Tipos de emociones.....	14
2.2 Funciones de las emociones.....	15
2.3 Origen de las emociones.....	16
2.4 Perspectiva biológica.....	16
2.5 Perspectiva cognitiva.....	18
2.6 El enfoque de los dos sistemas .....	19
2.7 Perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud.....	19
2.8 Teorías sobre la conducta emocional.....	20
2.8.1 Teoría de William James y Kar Langer.....	20
2.8.2 Teoría de Walter Cannon y Philip Bard.....	20
2.8.3 Teoría de Stanley Schachter y Jerome Singer.....	21
Capítulo 3. INTELIGENCIA EMOCIONAL	
3.1 Principales definiciones de la inteligencia emocional.....	24
3.2 Modelos teóricos.....	25
3.2.1 Modelo de habilidades.....	26
3.2.1.1 Mayer y Salovey .....	26
3.2.2 Modelo mixto.....	28
3.2.2.1 Reuven Bar-On.....	28
3.2.2.2 Daniel Goleman.....	29
3.3 Investigaciones sobre inteligencia emocional.....	32
Capítulo 4. PARÁLISIS CEREBRAL	
4.1 Evolución del concepto.....	36
4.2 Etiología.....	38
4.3 Semiología.....	39
4.4 Fenómenos asociados.....	42
4.5 Clasificación.....	43
4.6 Epidemiología.....	46
4.7 Diagnóstico.....	46
4.8 Tratamiento.....	47

4.9 Prevención.....	49
4.10 Parálisis cerebral y familia .....	50
 Capítulo 5. MÉTODO	
5.1 Justificación.....	60
5.2 Planteamiento del problema.....	60
5.3 Objetivo.....	61
5.4 Hipótesis.....	61
5.5 Variables.....	61
5.5.1 Definición conceptual.....	62
5.5.2 Definición operacional.....	62
5.6 Sujetos.....	62
5.7 Muestreo.....	63
5.8 Escenario.....	63
5.9 Tipo de estudio.....	63
5.10 Diseño estadístico.....	63
5.11 Instrumento.....	64
5.11.1 Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO).....	64
5.11.2 Entrevista.....	65
5.12 Procedimiento	65
 Capítulo 6. RESULTADOS	
6.1 Descripción de la muestra.....	67
6.2 Propiedades del instrumento.....	70
6.3 Análisis estadístico.....	70
6.4 Análisis cualitativo.....	71
 Capítulo 7. DISCUSIÓN.....	
Capítulo 7. DISCUSIÓN.....	76
 Capítulo 8. CONCLUSIÓN.....	
Capítulo 8. CONCLUSIÓN.....	81
LIMITACIONES.....	84
SUGERENCIAS.....	85
REFERENCIAS.....	87
ANEXOS.....	91

## RESUMEN

Las emociones están en nuestra vida y nos modifican constantemente. La propuesta de llevar una vida armónica mediante el desarrollo de la inteligencia emocional, nace en la década de los 90's, tópico que muestra una alternativa para el desarrollo humano, abriéndose camino para su estudio en diversos contextos, entre ellos el que abarca esta investigación y corresponde al entorno de la discapacidad, ya que tener un hijo o algún familiar con algunas características especiales implica tener un equilibrio entre razón y emoción.

Es por ello que el objetivo de este trabajo fue identificar si existen diferencias en la inteligencia emocional de las madres de niños con parálisis cerebral dependiendo del tipo de parálisis que presentan sus hijos, con base al diagnóstico médico mismo que los clasifica en: leve, moderada y severa, para lo cual participaron 60 mamás de niños con parálisis cerebral, 20 en cada grupo, a las cuales se les hizo una entrevista y se les aplicó el Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO).

Al realizar el análisis estadístico, se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas, aun así al retomar la diferencia entre las medias y la parte cualitativa se encontró que al incrementar el grado de afección motora, los niños requieren mayores cuidados y por consiguiente es mas factible que se cree una relación simbiótica entre madre-hijo y por consiguiente que estas madres comiencen a tener problemáticas importantes en sus demás relaciones, mismas que involucran la inteligencia emocional. Es por ello que mediante este trabajo se abre un campo de estudio sobre este tema.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano se conduce de acuerdo a sus intereses y necesidades, responde a los eventos que se van presentando, según sus experiencias, costumbres, estado de ánimo, rasgos de personalidad, aprendizaje y estilos de afrontamiento en diversos contextos, como el matrimonio, embarazo, ocupación, problemas laborales, de salud, duelos, cambio de residencia, motivaciones, manejo de estrés entre muchas otras situaciones.

Todo esto nos puede llevar a pensar en emociones, tema de investigación en psicología que ha cobrado importancia ya que antiguamente se ponía mayor énfasis en el Coeficiente Intelectual, mismo que arrojaba mucha información de aspectos cognitivos pero perdía de vista otro tipo de habilidades en las personas.

Gracias al desarrollo del término inteligencia, a lo largo del tiempo se ha reconocido que las personas tienen otro tipo de habilidades dentro del ámbito emocional; lo cual dió lugar al constructo teórico “Inteligencia Emocional”.

Por mucho tiempo se dejó de lado el papel de las emociones, debido a que se pensaba que estaban dadas y no había forma de acceder a ellas y mucho menos de controlarlas.

Fue a finales del siglo XX cuando el psicólogo israelí Reuven Bar-On comenzó a explorar la idea del manejo de las emociones, seguido por John Mayer y Peter Salovey quienes finalmente introducen el término de “Inteligencia Emocional”.

Ya en 1998, Daniel Goleman dió a conocer este término, mismo que definió como la habilidad de supervisar, entender las propias emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo.

La Inteligencia Emocional permite el desarrollo del ser humano, ya que encierra habilidades que pueden ser constantemente mejoradas a lo largo de la vida del individuo, debido a que no se trata de características genéticas, sino de habilidades que cada uno va adquiriendo y puede llegar a modificar y perfeccionar.

El hablar de Inteligencia Emocional ha capturado la atención de los seres humanos, promoviendo su estudio y aplicación en diversas áreas, siendo la educativa e industrial las más estudiadas; sin embargo, la bibliografía muestra que en contextos clínicos, el abordaje que se ha dado es muy pobre, cuando es justamente en las diversas instituciones de salud pública, en donde se concentra una gran cantidad de personas que presentan alguna padecimiento físico y/o emocional, mismo que no sólo repercute en ellos, sino en sus familiares. Es por ello que el objetivo de esta investigación fue identificar si existen diferencias en la Inteligencia Emocional de las madres de niños con parálisis cerebral infantil dependiendo del tipo de parálisis cerebral que presentan sus hijos y es clasificada de acuerdo al diagnóstico médico como leve, moderada y severa.

Teniendo este objetivo como punto de partida, este trabajo se distribuye de la siguiente manera:

En el capítulo uno se habla sobre la inteligencia, para lo cual se hace una breve revisión histórica, en donde destacan tres formas de conceptualizar este constructo y son: empírica, psicométrica y de las inteligencias múltiples.

Pasando al capítulo dos se retoma el concepto de emociones, tema que ha sido abordado desde diversas perspectivas, siendo la biológica y cognitiva las más estudiadas y desde las cuales se han formulado diversas teorías que rigen la conducta emocional.

En el capítulo tres se unifican los temas tratados en los capítulos previos, lo cual nos conduce a enfocarnos en el tema central de esta investigación: Inteligencia Emocional y para lo cual es necesario hacer referencias a sus pioneros y principales exponentes: Bar-On, Mayer, Salovey y Goleman, así como sus componentes principales.

Ya en el capítulo cuatro se hace referencia al cuadro clínico de un tipo de discapacidad que afecta a una gran cantidad de niños, misma que se conoce como parálisis cerebral, la cual se entiende como “un conjunto de manifestaciones motoras de una lesión que interfiere en el completo desarrollo”, pero que como se expone en este capítulo trasciende mucho más, debido al alto impacto que genera en la familia, especialmente en la figura materna, quien es la que usualmente se responsabiliza del menor y de las demás actividades propias de su rol, lo cual va ocasionándole un fuerte desgaste, físico y emocional.

En el capítulo cinco es donde se especifica la justificación, planteamiento de problema, objetivo, hipótesis, variables, descripción de la muestra, tipo de estudio, diseño estadístico, instrumento y procedimiento.

En el capítulo seis se exhiben las tablas de resultados, así como un ensayo mediante el cual se muestra la información recabada a lo largo de las entrevistas, mismo que permitirá adentrarnos a la vida, pensamientos y sentimientos de las madres de niños con parálisis.

En los capítulos siete y ocho se presentan la discusión y la conclusión de este trabajo, para terminar con algunas limitaciones y sugerencias, sobre el tema.

# CAPÍTULO 1

## INTELIGENCIA

### 1.1 Definiciones

Hablar de inteligencia, es abordar un tema que ha tenido una evolución importante a través de los años, por lo cual es difícil citar una concepción universal, aun así mencionaré algunos autores que la definen de la siguiente manera:

ψ Ferguson (1954) “consideró la inteligencia como las técnicas generalizadas de aprendizaje, comprensión, resolución de problemas, pensamiento y nivel conceptual general, que ha cristalizado debido a las experiencias cognoscitivas, durante la crianza del individuo, en el hogar y la escuela” (citado en Anastasi y Urbina, 1998, p. 319).

ψ Weschler (1958) “la inteligencia es la capacidad global del individuo para actuar con un fin, pensar racionalmente y manejar el medio adecuadamente” (citado por Costa, 1996, p. 61).

ψ Vernon (1969) “atribuye tres significados al termino de Inteligencia: 1) capacidad innata, 2) lo que los individuos hacen 3) los resultados que se obtienen de las pruebas” (citado en Anastasi y Urbina, 1998 p.317).

### 1.2 Posturas de la inteligencia

El estudio de la inteligencia puede ser entendido a través de una visión retrospectiva, que permita su conceptualización dentro de la evolución del pensamiento humano. Según Cortés, Barragán y Vázquez. (2002), se pueden distinguir tres etapas históricas: la conceptualización empírica, el enfoque psicométrico y las inteligencias múltiples:

### 1.2.1 Conceptualización empírica

Desde tiempos remotos la gente ha calificado a las personas como brillantes, ingeniosas o inteligentes y en casos contrarios de tontas. Estas atribuciones en el desempeño de una persona ante su mayor o menor capacidad para enfrentar los retos de la vida cotidiana fueron empíricas, cuyo único referente se asociaba al entorno cultural del grupo. Sin duda la gente hablaba del concepto de inteligencia, sin que para ello existiera una definición clara y científica; sin embargo los individuos eran asignados con base en las capacidades que poseían para conseguir éxito dentro de su propia comunidad, ya fuera como dirigentes, pensadores, guerreros, artesanos, etc.

Por su parte Fernández (2005), al realizar una recapitulación histórica sobre el tema, refiere que en sus inicios el término inteligencia fue descrito dentro del terreno de la filosofía, especialmente con Cicerón (106-43 A.C) quien acuñó el vocablo inteligencia (*intelligentia*), compuesto del “*Intus lego*”, que significa “leer dentro de mí”, con el fin de designar la capacidad para entender, comprender e inventar.

Posteriormente Aristóteles (384-322 A.C), señaló que el paso de ser animal a ser hombre, se caracteriza por la perfección de la inteligencia en su forma racional, propia del ser humano y afirmaba que la razón era la facultad humana más distintiva, penetrante, de mayor alcance y que solo a través de ella se podía guiar la vida hacia una realización individual y social plena.

En años posteriores Almeón (530-460 A.C), señaló que existía una relación entre los órganos de los sentidos y el cerebro, de lo cual dedujo que el centro de la razón y del alma se localizaba en este órgano, paradigma que fue seguido por Hipócrates (460-375 A.C), quién en sus escritos personificó el surgimiento de la antigua medicina la cual consideraba al cerebro como la verdadera sede de la inteligencia.

Pero el punto culminante se alcanzó con Galeno (130-200 D.C), quien con un enfoque más científico, estudió la anatomía y la fisiología del sistema nervioso postulando la teoría del alma racional, que dividió en dos partes: 1) una externa que constaba de los cinco sentidos y 2) otra interna cuyas funciones eran la imaginación, el juicio, la perspectiva y el movimiento. Galeno concluyó de acuerdo con el pensamiento de Platón y en contra de las ideas de Aristóteles que el asiento del alma era el cerebro y no el corazón.

### **1.2.2 Enfoque psicométrico**

Fue a finales del siglo XIX cuando se iniciaron los primeros trabajos que culminaron con una definición de la inteligencia y por ende con la creación de instrumentos que pudieran medirla. Este enfoque se basó en el principio de la medición de las diferencias individuales, para lo cual se mencionarán a diversos autores:

Francis Galton (1877) a quien se le considera responsable del inicio del movimiento psicométrico, al crear el concepto de correlación, el cual fue utilizado para asociar diversas variables psicológicas en términos de diferencias individuales, clasificando a las personas de acuerdo a sus cualidades físicas e intelectuales. Posteriormente, el matemático Pearson, formaliza la teoría de la correlación, permitiendo con ello el pronóstico de variables psicológicas con base en el conocimiento de las habilidades.

En 1900 aparece el término “test mental” en un artículo escrito por Cattell que describe una serie de pruebas que cada año se aplicaban a los estudiantes universitarios para determinar su nivel intelectual.

Ya en el siglo XX se comenzó a elaborar instrumentos más complejos para medir la inteligencia. Uno de los primeros fue el del psicólogo Alfred Binet

(1905), quien veía a la inteligencia como un conjunto complejo de cualidades que incluían:

- 1) la apreciación del problema y la ejecución de la mente hacia su realización
- 2) la capacidad para cuestionar diferentes estrategias en el desempeño de una tarea para realizar las adaptaciones necesarias y llegar a un fin determinado y
- 3) el poder de autocrítica que es la habilidad de criticar nuestros pensamientos y nuestras acciones.

En 1905 Binet junto con Theodor Simon crearon el primer test de inteligencia, llamado escala Binet-Simon, la cual constaba de problemas o test arreglados en orden de dificultad creciente. Las pruebas fueron diseñadas para cubrir una amplia variedad de funciones con énfasis en el juicio, la comprensión y el razonamiento, que Binet consideraba los componentes principales de la inteligencia.

Aunque los autores previamente mencionados realizaron contribuciones importantes al estudio de la inteligencia, fue hasta 1927 cuando Charles Spearman (citado en Anastasi y Urbina, 1998) fue el primero en exponer una teoría sobre la inteligencia, conocida como teoría bifactorial de Spearman, la cual propone que toda actividad intelectual incluye tanto un factor general "G", o inteligencia general y un factor específico "e".

El factor "G" es la "energía mental" subyacente y constante a todas las operaciones psíquicas, es innato y no cambia a lo largo de la vida. Este tipo de inteligencia es la encargada de realizar operaciones de abstracción, razonamiento, relaciones, etcétera.

El factor específico “e”, es independiente del factor “G” y de otros factores específicos y sufre cambios constantes de acuerdo a la experiencia del individuo.

Tiempo después propone que entre el factor general y los factores específicos existe un factor común o factor de grupo que tiene por característica el aparecer en grupos de personas.

En 1938, Thurstone (citado en Costa, 1996), pensó que lo que Spearman nombraba factor “G” podía descomponerse en un número determinado de aptitudes mentales primarias que son las siguientes:

- 1) Factor V o comprensión verbal. Se encuentra en las pruebas de vocabulario y de comprensión de absurdos verbales principalmente.
- 2) Factor N o aptitud numérica. Aparece en pruebas sencillas de aritmética.
- 3) Factor S o espacial. Hace referencia a las relaciones visuales.
- 4) Factor M de memoria. Aparece en las pruebas de repetición de palabras, frases, números o dibujos.
- 5) El factor R o razonamiento. Aparece en las pruebas donde han de deducirse reglas y elementos en series de letras.
- 6) El factor W o fluidez verbal es la habilidad para encontrar palabras rápidamente y se encuentra en pruebas que consisten en encontrar el mayor número de palabras que inicien con una letra determinada.
- 7) Velocidad de percepción, aparece en pruebas que requieren de cierta velocidad y exactitud.

Esta visión de la inteligencia ha sido muy generalizada y útil para la posterior construcción de pruebas.

### **1.2.3 Las inteligencias múltiples**

De acuerdo con la revisión realizada por Anastasi y Urbina (1998), veremos que la evolución del concepto de inteligencia es retomado por los siguientes autores.

Catell (1943), quien planteó un modelo de inteligencia jerárquica, declarando que la inteligencia general incluía dos grupos de capacidades:

- 1) La inteligencia fluida: Es aquella donde subyacen las habilidades de memoria, razonamiento inductivo y rapidez en las relaciones espaciales, entre otras que son las que intervienen en el proceso de aprendizaje. Este tipo de inteligencia también se ocupa de entender lo que se ha aprendido y nos hace capaces de ver la relevancia del conocimiento en una situación problema determinada, así como de usar el conocimiento de manera creativa en una situación nueva. Otra de las características importantes de esta inteligencia es que en esencia es no verbal y relativamente ajena a toda cultura, por lo cual muchas veces se le ve como inteligencia innata que crece hasta la adolescencia y decrece en la madurez.
  
- 2) La inteligencia cristalizada: Se refiere a las habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, por lo que para su desarrollo depende de la exposición a la cultura y la educación. Es la responsable del establecimiento de relaciones, juicios, análisis y solución de problemas, capacidad para organizar la información, etcétera.

Pero el concepto continuó en desarrollo y en 1956 Guilford investigó más allá de los factores inmediatos de las cosas y agrupó los numerosos esquemas de

clasificación sugeridos por el análisis de las capacidades múltiples. Propuso entender la inteligencia en términos de un modelo tridimensional, representado mediante un cubo con las siguientes dimensiones:

- 1) Operaciones: Involucra procesos cognitivos como la comprensión y el reconocimiento perceptivo, que incluye a la memoria, el pensamiento convergente y divergente.
- 2) Contenidos: Son las clases de términos que aparecen en un problema, tales como la semántica, visual, símbolos y la conducta.
- 3) Productos: Son las respuestas requeridas.

A finales del siglo XX, el psicólogo Howard Gardner indica que la inteligencia no es única y global, sino múltiple, proponiendo la existencia de nueve inteligencias básicas en el hombre (citado en Pérsico, 2003) y son:

- 1) Inteligencia lingüística. Se utiliza en la comprensión de las palabras y el uso del lenguaje.
- 2) Inteligencia lógico-matemática. Es propia de los científicos y se utiliza en aquellas tareas que requieren de la lógica.
- 3) Inteligencia musical. Está relacionada con la percepción del sonido y del tiempo.
- 4) Inteligencia espacial. Permite el dominio y comprensión del espacio, así como el cálculo de volúmenes.
- 5) Inteligencia cenestésica-corporal. Permite el dominio del propio cuerpo.

6) Inteligencia interpersonal. Es la capacidad para comprender los estados de ánimo de otras personas, sus deseos, motivaciones y acciones.

7) Inteligencia intrapersonal. Hace posible comprender los propios sentimientos, emociones, motivaciones y deseos.

8) Inteligencia naturalista. Habilidad para reconocer y comprender el entorno natural.

9) Inteligencia existencial. Capacidad de indagar en cuestiones filosóficas, para responder los cuestionamientos ¿Quiénes somos?, ¿Para qué existimos? y ¿Qué es el infinito?.

Posteriormente en 1997, el psicólogo Robert J. Stenberg, plantea que existen tres tipos fundamentales de inteligencias:

1) La inteligencia analítica. Involucra la dirección consciente de nuestros procesos mentales, para encontrar una solución a determinados problemas.

2) La inteligencia creativa. Se refiere a la creación de nuevas ideas e involucra procesos cognitivos y emocionales.

3) La inteligencia práctica. Aplicación de los conocimientos teóricos a la solución de problemas, así como la determinación de estrategias para su acción, tanto cognitivas, sociales y emocionales.

Con base en este breve análisis del constructo inteligencia, se puede ver que es un tema que tiene varias vertientes y posturas que hoy en día no han podido unificar una definición general, aún así, considero que hablar de inteligencia, es abordar un proceso integrativo que muestra al ser humano, no solo con esa

parte que pone en juego funciones como habilidad numérica, lenguaje, razonamiento, habilidades científicas etc, que como bien sabemos se encuentran relacionadas con el hemisferio izquierdo, sino incorporando la imaginación, las relaciones tridimensionales, el sentido artístico y musical etc, que se asocian al hemisferio derecho y que en mi opinión al interrelacionarse e integrarse de forma equilibrada, permiten mostrar a un ser humano completo, que posee la capacidad de desarrollarse en su medio de forma satisfactoria. Pero hoy en día esto aún parece una utopía, debido a que todavía se continúa abordando el tema desde una perspectiva cognitiva, sin embargo poco a poco inteligencia y emociones se han ido fusionando abriendo paso al concepto de Inteligencia Emocional, mismo que da muestra clara de que somos seres biopsicosociales y como tal tenemos que ser vistos.

## CAPÍTULO 2

### EMOCIONES

A lo largo de nuestra vida, todos hemos experimentado sentimientos intensos que acompañan tanto a las experiencias más gratas como a las más negativas, como son: conseguir un empleo, estar enamorado, la pena por la muerte de un ser querido, etc. Pensar en esto quizás nos lleva a preguntarnos ¿Qué es una emoción?, palabra cuya raíz *motere*, proviene del verbo latino “mover” y del prefijo “e”, que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar.

Si nos remontamos a la historia podemos notar que han sido varias, las definiciones que se han dado a esta palabra que parece tan sencilla y que Feldman (2002) define como “sentimientos que por lo general tienen elementos fisiológicos y cognitivos que influyen en el comportamiento”.

#### 2.1 Tipos de emociones

Desde la antigüedad, los teóricos de las emociones han tratado de hacer una lista de las emociones básicas, emociones que se encuentran virtualmente en todas las personas supuestamente desde su nacimiento, que se combinan para formar las emociones más especializadas y complejas.

Descartes hizo una lista de seis emociones básicas: asombro, amor, odio, deseo, gozo y tristeza.

El conductista John Watson, mencionó solo tres emociones básicas: cólera, temor y amor y en su opinión las moléculas de nuestra vida emocional están compuestas de estos átomos elementales.

Robert Plutchik en su obra *The psychology and biology of emotion* (citado en Calhou y Solomon 1996), plantea la “rueda de las emociones” para distinguir entre cualidades primarias y cualidades complejas. Las primeras deben cumplir cinco características: ser pertinentes a los procesos básicos biológicamente adaptativos, encontrarse en alguna forma en todos los niveles evolutivos, no depender para su definición de estructuras neurales o partes corporales en particular, no depender para su definición de introspecciones, ser definidas primordialmente en términos de datos de conducta dirigida a metas y cualidades complejas. Las ocho emociones primarias son: alegría-tristeza, enfado-miedo, anticipación-sorpresa y rechazo-aceptación.

Las emociones complejas surgen a partir de la combinación entre sí de las ocho emociones primarias. Cuando más cerca se encuentran dos emociones de la rueda, más elementos comparten y al sumarse provocan sentimientos más complejos. Por ejemplo, alegría y aceptación origina amor y rechazo ligada a enfado, genera desprecio.

## **2.2 Funciones de las emociones**

Los psicólogos han identificado diversas funciones importantes que cumplen las emociones en nuestra vida cotidiana (Feldman, 2002), entre las que destacan:

- ψ Prepararnos para la acción. Las emociones actúan como nexo entre los sucesos del ambiente externo y las respuestas conductuales que presenta un individuo.
  
- ψ Dar forma a nuestro comportamiento futuro. Las emociones sirven para promover el aprendizaje de información que nos ayudará a elaborar respuestas adecuadas en el futuro.

ψ Ayudar a regular nuestra interacción social. Las emociones que experimentamos con frecuencia son evidentes para los espectadores, debido a que se comunican mediante nuestro lenguaje verbal y no verbal, lo cual puede funcionar como una señal para los observadores, permitiéndoles comprender lo que se está experimentando y predecir comportamiento futuro, que finalmente promueve una interacción social más eficaz.

### **2.3 Origen de las emociones**

En el estudio de las emociones varios investigadores han intentado descifrar el origen de éstas y de hecho existen diferentes puntos de vista que se han dado a la tarea de explicarlo, entre los cuales podemos mencionar los biológicos, cognitivos, psicoevolutivos, desarrollistas, psicoanalíticos, sociales, culturales y antropológicos, aunque según Reeve (2003) el principal debate para comprender la causalidad de las emociones está entre el enfoque biológico y el cognitivo.

### **2.4 Perspectiva biológica**

La teoría evolutiva propuesta por Carlos Darwin, trajo consigo un sin fin de cambios en diversas áreas y disciplinas, entre ellas la psicología de la emoción y es que en la obra *La expresión de la emociones en el hombre y los animales* (Darwin, 1872), se postula que los procesos evolutivos son aplicables no sólo a rasgos morfológicos, sino también a las emociones (citado por Palmero, Fernández, Martínez y Choliz, 2004, p. 293).

A partir de los postulados de Darwin el estudio de las emociones cobró importancia, siendo los autores más representativos: Izard, Ekman, Panksepp y Zajonc.

- ψ Carroll Izard (1984) descubrió que los niños responden de manera emocional a determinados sucesos. A pesar de sus deficiencias cognitivas, consideró que gran parte del procesamiento emocional de los sucesos externos sigue siendo no cognitivo, siendo más bien automático, inconsciente y mediado por estructuras subcorticales.
  
- ψ Ekman (1992) postula que las emociones tienen surgimientos muy rápidos, de breve duración y ocurren en forma automática, arguye que es importante comprender que las emociones evolucionaron a través de su valor adaptativo; reconoce la importancia de los aspectos cognitivos, sociales y culturales vinculados a la experiencia emocional pero concluye que la biología es el núcleo causal de la emoción
  
- ψ Panksepp (1994) plantea que las emociones surgen de los circuitos neurales genéticamente heredados que regulan la actividad cerebral (sucesos bioquímicos y neurohormonales). Panksepp admite que es más difícil estudiar los sitios más reconocidos de los circuitos cerebrales que analizar los sentimientos etiquetados de forma verbal, aun así insiste en que los circuitos cerebrales proporcionan el fundamento biológico esencial para la experiencia emocional. Por ejemplo, tanto los humanos como otros animales heredamos un circuito cerebral de ira, uno de miedo, otro de tristeza, etcétera. Los razonamientos para apoyar la perspectiva biológica proviene de estos hallazgos:

1. Puesto que los estados emocionales frecuentemente son difíciles de verbalizar, deben tener orígenes no cognitivos, es decir que no se basan en el lenguaje.

2. La experiencia emocional puede inducirse mediante procedimientos no cognitivos, como la estimulación eléctrica del cerebro o la actividad de la musculatura facial.

3. Las emociones ocurren tanto en los infantes como en animales no humanos.

ψ Zajonc (1980) retoma el postulado de Panksepp y concluye que “la gente no se casa o se divorcia, comete asesinato o suicidio, o arriesga su vida por la libertad con base en un detallado análisis cognitivo de los pros y contras de sus acciones”.

## **2.5 Perspectiva cognitiva**

En términos generales esta postura sostiene que la actividad cognitiva es un prerequisite necesario de la emoción. Los representantes de la teoría cognitiva son:

ψ Lazarus (1991) argumenta que la valoración cognitiva individual del significado de un acontecimiento establece el escenario para la experiencia emocional, es decir que el proceso que genera la emoción comienza no con el acontecimiento mismo ni con la subsecuente reacción biológica personal, sino con la valoración cognitiva de su significado.

ψ Scherer (1994) sostiene que existen cinco tipos de valoración (novedad, agrado, significado de la meta / necesidad, potencial de enfrentamiento o compatibilidad de norma) que constituyen el tipo de procesamiento cognitivo que da origen a las emociones.

ψ Weiner (1986) distingue un tipo diferente de valoración que causa emoción. En su análisis atributivo de la emoción, se concentra en el procesamiento de información que tiene lugar después de que ocurre el resultado, como éxito o fracaso, inclusión o rechazo.

ψ Averill (1982, 1985) consideraba que las emociones se comprenden mejor en un contexto social o cultural.

## **2.6 El enfoque de los dos sistemas**

Como es notable existen diferencias significativas entre estos modelos, sin embargo es importante mencionar que algunos investigadores postularon una dualidad entre lo biológico y lo cognitivo, como:

ψ Buck (1984) quien afirmó que los seres humanos tienen dos sistemas sincrónicos (un sistema innato, espontáneo, fisiológico y que tiene una reacción involuntaria a los estímulos emocionales y un sistema cognitivo basado en la experiencia y que reacciona de manera interpretativa y social) que activan y regulan la emoción.

ψ Levenson (1994) perfeccionó el enfoque dualista de la emoción y postuló que en vez de que el sistema biológico y cognitivo existieran como sistemas paralelos, ambos interactúan y se influyen mutuamente. De acuerdo con este modelo los acontecimientos significativos de la vida se valoran, estos juicios activan los sistemas biológicos y la forma en que tales sistemas biológicos se expresan mediante despliegues emocionales que el conocimiento cultural filtra.

ψ Panksepp (1994) afirma que existían dos categorías de emociones, una que surgen del sistema biológico y otra que se origina en el sistema cognitivo.

## **2.7 Perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud**

En 1915, Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, concibe a la emoción de tres maneras:

1. Como un instinto o impulso innato de naturaleza inconsciente
2. Como el conjunto de un instinto y una idea, es decir; un impulso inconsciente dirigido a un objeto inconsciente. De esta forma una emoción se vuelve inconsciente cuando la idea se separa de su instinto
3. Como un efecto, un sentimiento, un producto derivado de los procesos mentales. De acuerdo con esto una emoción no puede ser inconsciente, aunque si lo sea su causa (citado en Rodríguez, 2002).

## **2.8 Teorías sobre la conducta emocional**

### **2.8.1 Teoría de William James y Kar Langer**

A principios del siglo XX, William James y Karl Langer comenzaron a explorar la naturaleza de las emociones y señalaron que experimentamos las emociones como resultado de los cambios fisiológicos producidos por sensaciones específicas, que a su vez son interpretadas por el cerebro como tipos particulares de experiencias emocionales. A esta perspectiva se le conoce como Teoría de la emoción de James-Langer.

Estos investigadores describieron el proceso emocional de la siguiente manera: estímulo, percepción, cambios corporales, percepción de los cambios corporales. Así James escribió: “No lloramos porque estamos tristes, estamos tristes porque lloramos”

### **2.8.2 Teoría de Walter Cannon y Philip Bard**

En respuesta a las dificultades de la teoría de James-Langer, Walter Cannon y Philip Bard sugirieron otra perspectiva alterna conocida como teoría de la emoción de Cannon-Bard (1927), la cual tiene como postulado principal rechazar la idea de que la sola excitación fisiológica conduce a la percepción de

emociones. En lugar de ello, la teoría supone que la excitación fisiológica y la experiencia emocional son producidas de manera simultánea por el mismo impulso nervioso, el cual Cannon y Bard suponían procedía del tálamo del cerebro.

Según esta teoría, después de percibir un estímulo que induce una emoción, el tálamo es el sitio inicial de la respuesta emocional y este a su vez envía una señal al sistema nervioso autónomo, produciendo una respuesta visceral. Al mismo tiempo, el tálamo comunica un mensaje a la corteza cerebral con relación a la naturaleza de la emoción que se experimenta. Por consiguiente no es preciso que distintas emociones tengan patrones fisiológicos únicos relacionados con ellas, siempre y cuando el mensaje enviado a la corteza cerebral difiera de acuerdo con la emoción específica.

### **2.8.3 Teoría de Stanley Schachter y Jerome Singer**

Este enfoque hace hincapié en que las emociones son determinadas en forma conjunta por un tipo inespecífico de excitación fisiológica y su interpretación, basada en claves ambientales.

La teoría de las emociones de Schachter-Singer (1962) ha generado experimentos psicológicos muy interesantes en diversas áreas de la disciplina, como el estudio de los factores que determinan el apego.

Sin lugar a duda, hablar de emociones, como hablar de inteligencia, es introducirse en un sin fin de controversias, ya que para su estudio cada tema se ha abordado desde vertientes independientes, aun así considero que poco a poco nos hemos ido acercando a posturas mas integrales, ya que en efecto las emociones involucran, procesos fisiológicos, cognitivos, sociales, familiares y culturales que como mencione previamente dejan ver a un ser humano completo.

## **CAPÍTULO 3**

### **INTELIGENCIA EMOCIONAL**

El concepto Inteligencia Emocional (IE) apareció por primera vez en 1990 en un artículo publicado por Peter Salovey y John Mayer. No obstante, quedó relegado durante cinco años hasta que Daniel Goleman, psicólogo y periodista americano, convirtió estas dos palabras en un término de moda al publicar su libro *Inteligencia Emocional* (1995). El postulado central de este libro es la necesidad de una nueva visión del estudio de la inteligencia humana, que va más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales, es decir resalta la importancia del uso y gestión del mundo emocional y social para comprender el curso de la vida de las personas. Goleman afirma que existen habilidades más importantes que la inteligencia académica a la hora de alcanzar un mayor bienestar laboral, personal, académico y social. Esta idea tuvo una gran resonancia en la opinión pública y, a juicio de autores como Epstein (1998), parte de la aceptación social y de la popularidad del término se debió principalmente a tres factores:

1. El cansancio provocado por la sobrevaloración del Coeficiente Intelectual (CI) a lo largo de todo el siglo XX, ya que había sido el indicador más utilizado para la selección de personal y recursos humanos.
2. La antipatía generalizada en la sociedad ante las personas que poseen un alto nivel intelectual, pero que carecen de habilidades sociales y emocionales.
3. El mal uso en el ámbito educativo de los resultados en los tests y evaluaciones de CI que pocas veces pronostican el éxito real que los alumnos tendrán una vez incorporados al mundo laboral, y que tampoco ayudan a predecir el bienestar y la felicidad a lo largo de sus vidas.

Como consecuencia de este conjunto de eventos y tras el best-seller de Goleman, fuimos invadidos por una oleada de información mediática de todo tipo (prensa, libros

de autoayuda, páginas web, etc.). Por otra parte, diferentes autores, como Bar-On (1997), Cooper y Sawaf (1997), Shapiro (1997), Goleman (1998) y Gottman (1997) publicaron aproximaciones al concepto de lo más diversas, propusieron sus propios componentes de la Inteligencia Emocional y elaboraron herramientas para evaluar el concepto. Aunque la mayoría de ellos discrepa en las habilidades que debe poseer una persona emocionalmente inteligente, todos están de acuerdo en que estos componentes, le hacen más fácil y feliz su vida.

El único inconveniente fue que todas estas afirmaciones no fueron avaladas por datos empíricos contrastados que sistemática y rigurosamente demostrasen, por un lado, el grado explicativo de la IE y, por otro, el papel real de ésta en las distintas áreas de nuestra vida, en comparación con otras dimensiones del ser humano (por ejemplo: inteligencia general, personalidad, características sociodemográficas, redes sociales, entre otras).

Hasta finales de la década pasada y comienzos de la actual se empezaron a dar los primeros pasos firmes en la constatación empírica de los efectos que una buena Inteligencia Emocional puede ejercer sobre las personas. En general, los primeros trabajos se encaminaron a examinar el constructo de Inteligencia Emocional, se centraron en el desarrollo teórico de modelos y la creación de instrumentos de evaluación rigurosos (Mayer, Caruso y Salovey, 2000). En la actualidad, existe suficiente base teórica y se han desarrollado las herramientas necesarias para examinar de forma fiable la relación de este concepto con otras variables relevantes, tanto en experimentos de laboratorio como en estudios de campo.

De hecho, la línea de investigación vigente se centra en establecer la utilidad de este nuevo constructo en diversas áreas vitales de las personas, con el objetivo de demostrar cómo la Inteligencia Emocional determina nuestros comportamientos y en qué áreas de nuestra vida influye más significativamente.

### 3.1 Principales definiciones de la inteligencia emocional

Entre los diferentes acercamientos a la inteligencia emocional, podemos destacar la definición que estos autores dan a este constructo:

- ψ Mayer y Salovey (1997) delimitan a la Inteligencia Emocional como “la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (p.10).
- ψ Bar-On (1997) describe a la Inteligencia Emocional como un agregado de habilidades no cognitivas, competencias y herramientas que influyen sobre nuestras habilidades para tener éxito en el enfrentamiento a las presiones y demandas del ambiente.
- ψ Daniel Goleman (1998), define a la Inteligencia Emocional como: un tipo de inteligencia social que incluye las habilidades de supervisar y entender las propias emociones y las emociones de los demás, discriminar entre ellas, y utilizar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo. También afirma que la inteligencia emocional consta de habilidades tales como: ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones, controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y abrigar esperanzas.
- ψ Hendrie Weisinger (1997), sostiene que la Inteligencia Emocional se refiere al uso inteligente de las emociones; afirma que, de forma intencional hacemos que nuestras emociones trabajen para nosotros mismos, utilizándolas con el fin de que nos ayuden a guiar nuestro comportamiento y a pensar de manera que mejoren nuestros resultados. También menciona que la Inteligencia Emocional se utiliza de forma

intrapersonal (ayudándonos a nosotros mismos) e interpersonal (la forma de ser mas afectivos en nuestra relación con los demás).

ψ Benjamín Domínguez (2002), psicólogo e investigador mexicano de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, posteriormente definió a la Inteligencia Emocional como la capacidad de un individuo para ejecutar y depurar al menos las siguientes habilidades:

- Auto-observar sus emociones y las de otros.
- Regulación de éstas.
- Capacidad de expresar oportunamente sus emociones sin ocultar sus diferencias emocionales.
- Compartir las socialmente con personas significativas.
- Poseer y practicar un estilo de afrontamiento adaptativo.
- Mantener alta la esperanza, perseverando a sus metas. (citado en Díaz y Montes, 2005, p. 7).

Con esta breve introducción sobre diversas concepciones de la Inteligencia Emocional se amplió la gama de los factores que se necesitan para alcanzar una mejor calidad de vida, en conjunto con el Coeficiente Intelectual y aunque con anterioridad se consideraba a este último como primordial y determinante, gracias a las aportaciones de las propuestas teóricas anteriores se ha continuado con la investigación de la inteligencia social y la inteligencia emocional. Ahora se ha podido entender que tanto la inteligencia académica como la emocional, no deben verse como tipos excluyentes sino, como factores que se combinan y complementan entre sí.

### **3.2 Modelos teóricos**

Respecto a la teoría que enmarca el constructo de la Inteligencia Emocional, no existe una perspectiva única, básicamente, encontramos dos modelos que nos

hablan de como se da dicha intersección: el modelo de habilidades que se enfoca en el interjuego de la emoción y la inteligencia como tradicionalmente es definida; y el modelo mixto, el cual describe una concepción de inteligencia que incluye habilidades mentales y otras disposiciones y características de personalidad (García, 2004).

### **3.2.1 Modelo de habilidades**

Como ya se ha mencionado emoción y cognición han sido vistas por diversos autores como entidades separadas. El punto de vista contemporáneo sugiere que ambos componentes trabajan mano a mano. Bajo este supuesto, Mayer y Salovey (1997), proponen un modelo que considera a la Inteligencia Emocional como la habilidad para reconocer el significado de patrones emocionales, así como razonar y resolver problemas con base en ellos.

#### **3.2.1.1 Mayer y Salovey**

De acuerdo con la revisión de Vallés (2001), Mayer y Salovey (1997), incluyen los siguientes contenidos para desarrollar la competencia emocional:

1. Reconocer las propias emociones. Sólo si sabemos cómo sentimos, podremos manejar las emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente.
2. Saber manejar las propias emociones. Las emociones no pueden elegirse arbitrariamente para vivenciarlas. El miedo, la ira o la tristeza son emociones básicas de supervivencia y con ellas debemos aprender a vivir. No podemos rechazarlas por el hecho de considerarlas negativas. Sin embargo sí podemos conducir las mejor, manejarlas y afrontarlas de la manera más adecuada.

3. Utilizar el potencial existente. Incluye la necesidad de valorar los buenos resultados de la vida como consecuencia de cualidades emocionales como la perseverancia, el disfrutar aprendiendo, la autoconfianza y el ser capaz de sobreponerse a las derrotas.
4. Saber ponerse en el lugar de los demás. La empatía requiere la predisposición a admitir las emociones, escuchar con atención y ser capaz de comprender pensamientos y sentimientos que no se hayan expresado verbalmente, sino a través de las expresiones faciales y gestuales.
5. Crear relaciones sociales. El trato satisfactorio con las demás personas depende, entre otros muchos factores, de la capacidad propia de establecer relaciones con los demás, de solucionar eficazmente conflictos interpersonales y de empatizar.

De esta forma, el modelo que señala que la Inteligencia Emocional es una inteligencia como las otras, y que se define como la habilidad para percibir y expresar las emociones, integrar la emoción, pensamiento, entender las emociones y razonar con base en ello, así como regular las propias emociones y las de los otros.

Este modelo además, predice que los individuos emocionalmente inteligentes tienen mayor probabilidad de tener un crecimiento biopsicosocial en el hogar, de no ser defensivos, ser capaces de expresar emociones efectivamente, elegir buenos modelos de roles emocionales, ser capaces de comunicar y discutir sentimientos y desenvolverse en algún área emocional como la estética, la ética, el liderazgo y/o la solución de problemas sociales (Mayer y Salovey, 1995).

Este modelo enmarca a la Inteligencia Emocional como una habilidad separada de características de personalidad “deseables” como la calidez o la extroversión.

Sin embargo esta concepción no fue aceptada por otros autores, surgiendo de esta manera el modelo mixto.

### **3.2.2 Modelo mixto**

De forma subsecuente a los trabajos de Mayer y Salovey, algunos teóricos expanden el significado de Inteligencia Emocional a disposiciones de personalidad; entre los que destacan las aportaciones de Reuven Bar-on y Daniel Goleman (citado en García, 2004, p.8).

#### **3.2.2.1 Reuven Bar-On**

Al realizar una revisión literaria este autor encontró algunas características de personalidad que parecían ir relacionadas con el éxito e identificó cinco áreas:

1. Herramientas Intrapersonales: Comprende el auto-conocimiento, asertividad, auto-consideración e independencia.
2. Herramientas Interpersonales: Incluye las relaciones personales, responsabilidad social y empatía.
3. Adaptabilidad: Incluye solución de problemas, flexibilidad y el contacto con la realidad.
4. Manejo de estrés. Comprende la tolerancia al estrés y el control de impulsos.
5. Humor general. Incluye felicidad y optimismo.

Bar-On (1997) combina lo que podemos calificar como habilidades mentales (por ejemplo, auto-conciencia emocional) con otras características, como independencia

personal, auto-respeto y el humor. Esto hace un modelo mixto, para el cual, la Inteligencia Emocional es un agregado de capacidades no cognitivas, competencias y herramientas, que representan una colección de conocimientos utilizados para tener éxito en el enfrentamiento a las presiones y demandas del ambiente.

En esta perspectiva, el autor elabora un Inventario de Coeficiente Emocional (1997), el cual ha sido utilizado de manera amplia. Sin embargo, esta se relaciona con el potencial de éxito más que con el éxito por sí mismos (Mayer y Salovey, 1997). Un problema adicional con este modelo es el enorme solapamiento con conceptos como la motivación de logro, la alexitimia, la empatía, la apertura, la autoestima y el bienestar subjetivo. Esto es, el modelo adquiere un gran valor potencial al estudiar múltiples aspectos de la personalidad en conjunto: sin embargo, no son relacionados con un concepto nuevo.

### **3.2.2.2 Daniel Goleman**

Por otro lado Goleman (1998), propone cinco habilidades que la Inteligencia Emocional debe incluir, que se describen a continuación:

1. Autoconocimiento. O conciencia de uno mismo, en el sentido de una atención progresiva a los propios estados internos; es una forma neutra de autorreflexión incluso en medio de emociones difíciles.
2. Autorregulación. Es el control de nuestros estados impulsivos y recursos internos; es recobrar bien de las tensiones emocionales requiriendo cinco habilidades:
  - Autocontrol. Capacidad de manejar adecuadamente las emociones y los impulsos conflictivos.
  - Confiabilidad. Fidelidad al criterio de sinceridad e integridad.

- Integridad. Asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal.
- Adaptabilidad. Flexibilidad para afrontar los cambios.
- Innovación. Sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información.

Se refiere a los recursos con los que deberíamos contar para controlar nuestras emociones, tales como templar la ira con la compasión, ser más positivos y optimistas, tener esperanzas y evitar caer en la apatía, desesperanza o depresión ante la adversidad.

La capacidad de controlar el impulso es la base de la voluntad y el carácter. El problema no está en la emocionalidad, sino en la conveniencia de la emoción y su expresión.

3. Motivación. Creencia de que uno mismo tiene dominio sobre los acontecimientos de su vida y puede aceptar los desafíos tal como se presentan. Las personas expertas en aprovechar sus emociones pueden utilizar la ansiedad anticipada, la que surge ante un discurso o una prueba inminente, para motivarse y prepararse bien, con lo que consiguen un buen desempeño. Las personas que muestran niveles elevados de esperanza, son capaces de motivarse por ellos mismos, sentirse hábiles para asegurarse que las cosas van mejor cuando se encuentran en un aprieto y van a encontrar formas de alcanzar sus objetivos, además de tener la sensación de reducir una tarea monumental en fragmentos más pequeños y manejables. Significa tener grandes expectativas de que las cosas saldrán bien en la vida a pesar de los contratiempos y las frustraciones.

4. Empatía. Viene del griego “empathia” que significa “sentir dentro” y designa la experiencia subjetiva de otra persona. Se construye sobre la conciencia de uno mismo; cuando más sabemos de nuestras emociones, más hábiles seremos para interpretar los sentimientos de los otros. Para lograr esto, es importante aprender a leer los canales no verbales de comunicación, el tono de voz, los ademanes y las expresiones faciales. Las ventajas de la empatía son la adaptación emocional, ser más sociables y más sensibles. Ver las cosas desde la perspectiva del otro rompe los estereotipos preestablecidos, promueve así la tolerancia y la aceptación de las diferencias.
  
5. Habilidades Sociales. Se refiere a la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás, conectar con ellos para intercambiar información de forma adecuada y significativa; manejar bien las emociones en una relación e interpretar estas habilidades para persuadir y dirigir, negociar y resolver disputas para la cooperación y el trabajo de equipo. De acuerdo con Carrión (2001), se requiere de:
  - Influencia. Utilizar tácticas de persuasión eficaces.
  
  - Comunicación. Emitir mensajes claros y convincentes.
  
  - Liderazgo. Inspirar y dirigir a grupos y personas.
  
  - Canalización del cambio. Iniciar o dirigir cambios.
  
  - Resolución de conflictos. Capacidad de negociar y resolver conflictos.
  
  - Colaboración y cooperación. Ser capaz de trabajar con los demás en la consecución de una meta en común.

- Habilidades de equipo. Ser capaz de crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas.
- Sintonizar con el subtexto emocional. Es ir más allá de los hechos y profundizar en uno mismo para oír los sentimientos que se expresan en realidad.

### **3.3 Investigaciones sobre inteligencia emocional**

Desde que el tema de Inteligencia Emocional, comenzó a tomar mayor relevancia, se comenzaron a realizar diversas investigaciones, desde la perspectiva laboral, educativa y clínica. A continuación se citan algunos estudios:

1) Schutte (2002), realizó una investigación llamada “Characteristic Emocional Intelligence and emocional well-being”, cuyo objetivo era conocer la relación existente entre la Inteligencia Emocional y el bienestar emocional, el cual incluía las habilidades para comprender y regular las emociones, sentimientos positivos y una alta autoestima.

Para ello se realizaron tres estudios; en el primero se llevó a cabo el piloteo de las siguientes pruebas: La Escala de Schutte (1998) y la PANAS (que mide los sentimientos positivos) por Watson (1998), con 40 empleados del sur de Estados Unidos, resultando válidos ambos cuestionarios; en el segundo estudio la población estuvo compuesta por 50 participantes entre enfermeras, estudiantes y empleados de Estados Unidos, donde se aplicó nuevamente la escala de Schutte (ya válida) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989), en donde además de resultar válida dicha escala, se encontró una correlación positiva entre Inteligencia Emocional y Autoestima. Finalmente en el estudio tres se comparó la Inteligencia Emocional con los Sentimientos Positivos, donde participaron 47 sujetos entre empleados y estudiantes de Universidades del sureste de Estados Unidos; se aplicó el Test de Schutte, el test de PANAS, la Escala de Rosenberg

y el Método Velter (1968) donde se aplicaban videos que inducían sentimientos positivos y negativos.

Los resultados indican una mayor Inteligencia Emocional ligada a un alto contenido de sentimientos positivos y un alto nivel de Autoestima; se observó que a raíz de la aplicación del método Veltten se incremento su nivel sentimientos positivos. De igual forma concluyeron en que los individuos con alta Inteligencia Emocional, tienen mayor habilidad para mantener una mayor capacidad para percibir, comprender, regular y controlar sus emociones.

Con respecto a las personas que poseen mayor cantidad de sentimientos positivos, explicaron que esto se debe a que éstas suelen recordar con mayor frecuencia episodios positivos, reforzando los sentimientos que poseen. Además de comprobar que la visualización y/o las imágenes, representan una técnica eficaz para fomentar los Sentimientos Positivos.

2) Slaski y Cartwright (2003). realizaron un estudio titulado: “Emocional Intelligence Training and its implications for stress, health and performance”, cuyo propósito era conocer la relación de la Inteligencia Emocional, la Salud y el Estrés, para lo cual participaron 120 ejecutivos, mismos formaron dos grupos: experimental y control (60 en cada uno). El grupo experimental recibió un tratamiento sobre Inteligencia Emocional (no especificado en el estudio) durante seis meses, tiempo en el que se abordaron las siguientes áreas: Autoconocimiento, Motivación, Relaciones Interpersonales, Influencia, Toma de decisiones, Conciencia y Adaptación Emocional; mientras que el grupo control recibió tratamiento durante cuatro meses en donde se manejaron las áreas siguientes: Relaciones Intrapersonales e Interpersonales, Adaptabilidad, Manejo de Estrés, Salud y Sentimientos en general.

Los resultados indicaron que existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En tanto que para el grupo control se obtuvieron puntajes

significativamente bajos para las áreas de Autoconocimiento y Salud, pero puntajes altos para el Manejo de Estrés, repercutiendo en su bienestar emocional y en su salud. Es decir, que la Inteligencia Emocional modera las consecuencias del Estrés, ya que repercuten directamente en la forma de actuar y pensar, por lo que queda claro que las habilidades de Inteligencia Emocional pueden ser aprendidas para mejorar la calidad de vida de cualquier persona.

3) Henderson (2004), llevó a cabo un estudio nombrado: “The important or Emocional Intelligence”. En este estudio se abordó la importancia y la relación que existía entre mujeres en general y las que habían sufrido violencia con respecto a la Inteligencia Emocional. La autora indica que las mujeres poseen una mayor carga emocional, a diferencia de los hombres y que la Inteligencia Emocional ayuda a mejorar su Lenguaje Emocional y sus Relaciones Interpersonales, mientras que a las mujeres que son víctimas de violencia les ayuda a desarrollar la habilidad de reflexionar.

## **CAPÍTULO 4**

### **PARÁLISIS CEREBRAL**

A lo largo de la historia el concepto de Parálisis Cerebral se ha definido de diversas formas todas ellas haciendo alusión a una alteración a nivel motor. Aunque ha sido difícil encontrar una definición Cruz, Pedrola y Castelss (1994) definen a la Parálisis Cerebral como “el conjunto de manifestaciones motoras de una lesión que interfiere en su completo desarrollo”. De forma complementaria podemos decir que es un trastorno de carácter irreversible, irreparable y dependiendo del grado de la severidad puede ser rehabilitable.

Por su parte Otfried y Anthony (1995), refieren a la Parálisis Cerebral como la pérdida de los movimientos voluntarios y a la debilidad muscular que ocurren por lesiones en el sistema nervioso central que afectan la fuerza y el tono muscular.

Las alteraciones de la función motora o neuromusculares incluyen:

- a) espasticidad (musculatura tensa o rígida, reflejos tendinosos profundos exagerados).
- b) Incoordinación.
- c) movimientos anormales (contorsiones, espasmos u otros movimientos).
- d) algunas veces temblores.

En la Parálisis Cerebral existen dos características principales: la sintomatología neurológica corresponde a un trastorno motriz y el carácter etiológico del síndrome es no evolutivo; sin embargo se debe tomar en cuenta que el trastorno funcional del parálisis cerebral se va estructurando en el tiempo e impacta sobre la maduración

neurológica tanto anatómica como funcional, afectado, de acuerdo con el momento en que la lesión se ha producido (etapa prenatal, durante el parto o postnatal).

- ψ Actualmente el término Parálisis Cerebral ya no es un término clínico, y se ha conservado con fines terapéuticos al hacer referencia a un grupo de encefalopatías que se caracterizan por presentar grandes trastornos motrices (a nivel de Sistema Nervioso Central) y algunos intelectuales.
  
- ψ En el DSM IV no aparece como entidad nosológica ni tampoco en el CIE-10; anteriormente el término Parálisis Cerebral se encontraba clasificado como un síndrome dentro de las Enfermedades del Sistema Nervioso y de los órganos de los sentidos (CIE-9), bajo el número 343. Sin embargo, debido a la falta de especificidad del término (puesto que no señala la gravedad, la topografía de la lesión o el tipo de déficit motor presente) suele ser un diagnóstico ofrecido a los padres de niños con déficit motores no progresivos y cuya etiología corresponde a una lesión en sistema motor a nivel central durante la época madurativa del sistema nervioso.

#### **4.1 Evolución del concepto**

De acuerdo con la recapitulación histórica que realizan Robaina y Riesgo (2007), el concepto de parálisis cerebral ha tenido la siguiente evolución:

- ψ 1853 1ª Descripción por Little, acerca de una enfermedad caracterizada principalmente por la rigidez muscular.
  
- ψ 1861 1er Estudio concreto, Enfermedad de Little: “Síndrome espástico displéjico, asociado a un déficit mental”.
  
- ψ 1896 Founier emite la 1ª Hipótesis sobre la causa de la enfermedad (Sífilis hereditaria).

- ψ William Osler acuña el término Parálisis Cerebral, indicando que la lesión causante se localiza en el cerebro y que generaba trastornos motrices.
- ψ 1955, Perlstein señala que la lesión se localizaba en “centros cerebrales”.
- ψ Gessell y Amatruda, especifican que la lesión se produce durante las etapas de maduración y desarrollo de las funciones cerebrales.
- ψ Crother y Byers, señalan que lesiones en las “vías” piramidales, extrapiramidales o cerebelosas pudieran originar el Síndrome.
- ψ 1956, Abbot la caracteriza como una incapacidad neurológica causada por una lesión en “centros motores del cerebro”, produciendo alteraciones en el control muscular funcional y alteraciones sensoriales.
- ψ 1956, Bobath, no debe ser entendida como una entidad nosológica en particular, sino un “grupo de ellas”, que conllevará a un desarrollo anormal del encéfalo.
- ψ 1968, Linderman la define como: “lesiones cerebrales precoces”.
- ψ 1974, Westlake “no es tipo de trastorno muscular sino un grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de compromiso de áreas de control cortical o subcortical”.
- ψ 1975, Gonzáles e Iglesias, “no existe un movimiento normal del cuerpo. Los movimientos fundamentales se pierden y son sustituidos por patrones motores patológicos. No existe control sobre las actividades musculares y se encuentra suprimida la distribución tensional fisiológica de la musculatura”.

## 4.2 Etiología

Existen tres factores principalmente aceptados para el diagnóstico de Parálisis Cerebral (Santucci, 2005).

Los factores prenatales (del momento de la concepción hasta el parto).

- a) Hereditarios: enfermedad de Tay-Sachs y esclerosis múltiple.
- b) Congénitos: anoxia, infecciones maternas, enfermedades metabólicas y factor Rh.

Los factores perinatales (del principio al final del parto).

- a) Anoxia por obstrucción del cordón umbilical.
- b) Asfixia por obstrucción mecánica de las vías respiratorias.
- c) Analgésicos que afecten el centro respiratorio del feto.
- d) Trauma durante el parto o por fórceps.
- e) Cambios bruscos de presión.
- f) Pre- matureidad.
- g) Deficiencia de vitamina k.

Los factores postnatales (a partir del nacimiento del niño).

- a) Trauma: fracturas de cráneo o heridas.
- b) Infecciones: meningitis o encefalitis.
- c) Vasculares: hemorragias, trombosis y embolias.
- d) Anoxia: intoxicación por dióxido de carbono.

### 4.3 Semiología

Dividido en tres áreas:

1. Reflejos: Al ser respuestas automáticas del sistema nervioso, en la parálisis cerebral se encuentran lesionadas, por lo que se presentan tardíamente, alterados o disminuidos. Sin embargo no es generalizable a todos los reflejos ni a todos los pacientes, debido a todos los factores involucrados en el trastorno.

Los reflejos que pueden alterarse son:

- ψ succión
- ψ orientación
- ψ del moro
- ψ vestibular
- ψ de defensa al descenso invertido
- ψ puntos cardinales
- ψ de extensión cruzada

#### 2. Percepción

- ψ Deficiencias en la capacidad auditiva: sordera, sólo ser capaces de distinguir determinados tonos o matices de los sonidos.
- ψ Deficiencias visuales: se puede presentar estrabismo, incapacidad de enfocar con uno o con ambos ojos, nistagmus u oscilación continua del globo ocular.
- ψ Respecto a tacto, olfato y gusto es difícil identificar la existencia de alguna deficiencia.

#### 3. Motricidad: Se pueden dividir en:

- a) Problemas relacionados con el lenguaje: se refieren a la respiración, motilidad laríngea, motilidad de la cavidad buco lingual.

- ψ Un alto porcentaje de niños con parálisis cerebral tienen problemas respiratorios que dificultan la fonación.
- ψ Para medir la capacidad respiratoria fonatoria, se cuentan el número de sílabas que permite cada respiración.
- ψ Si el control es bueno puede lograrse una fonación normal.
- ψ En formas respiratorias deficientes el niño no puede hacer el esfuerzo que significa hablar.
- ψ La laringe gracias a los movimientos cuerdas vocales inervadas por el recurrente, imprime el aire espirando una sonoridad que luego será ampliada en la cavidad bucal que actúa como resonador.
- ψ En individuos con parálisis cerebral tiene problemas motrices que impide el adecuado funcionamiento del mecanismo.

b) Problemas de posición, tono y locomoción: se pueden describir varios tipos de manifestaciones:

- ψ Aducción: intervención de los músculos accesorios de los movimientos de aducción; los brazos se mantienen unidos al tronco. Son extremadamente lentos, los pies describen un movimiento circular.
- ψ Temblor: hay contracción y relajación muscular involuntaria de tipo irregular. Los mecanismos flexores, extensores y abductores actúan en forma alternada y constante.
- ψ Estremecimiento: va de un estremecimiento ligero en brazos y piernas, o bien violento haciendo caer al paciente.
- ψ Sacudidas: Atetosis, los brazos y piernas se contraen en aducción, desde el eje de los hombros hasta la espina iliaca.
- ψ Disonía: Las extremidades asumen posiciones distorsionadas, las cuales son adoptadas involuntariamente por periodos que van de segundos a minutos. Afectan cuello, brazos y piernas.

- ψ Tensión: No se observa temblor o distonía por largos periodos de tiempo, sin embargo al desaparecer muestra atetosis.
- ψ Sin tensión: Hay movimientos involuntarios francos, se presenta frecuentemente en bebés. Puede estar ocultando otro síntoma.
- ψ Pérdida de equilibrio: Los movimientos del paciente son semejantes a los de un individuo caminando en un tren en movimiento. Sin embargo la mayoría de pacientes con este trastorno no pueden caminar.
- ψ Descarga emocional: La atetosis de aducción se presenta acompañada con una descarga de los mecanismos de risa, el llanto o la cólera, una ligera estimulación puede producir el ciclo de una estas emociones, sin correspondencia con el estado de ánimo interno.
- ψ Rigidez: Hay una perturbación de las relaciones antagonistas, con resistencia al movimiento lento-pasivo de ambos músculos. La resistencia es mayor para los movimientos lentos que para los rápidos. (hipertonía, reflejos normales o disminuidos).
- ψ Ataxia: Hay incoordinación debido a una perturbación del sentido cinestésico de equilibrio.
- ψ Atonía: Falta de tono muscular, incapacidad para resolver una estimulación en forma voluntaria.
- ψ Convulsiones: Aproximadamente una tercera parte de los niños con parálisis cerebral presenta convulsiones, suelen presentarse en los primeros años de vida.

El daño de la corteza cerebral desata varios trastornos:

- ψ . Papel preponderante como causante de epilepsia.
- ψ . Convulsiones sobre todo en hemipléjicos.
- ψ . Alteración de la función motora.
- ψ . Alteración del desarrollo intelectual siendo particularmente difícil su evaluación.
- ψ . Alteración de la atención (corta duración).

#### 4.4 Fenómenos asociados

Como ya quedo establecido la lesión causante del Síndrome se presenta en la primera infancia generando la característica principal del mismo (Trastornos motrices), así mismo influencia la maduración neurológica del sujeto como Organismo en su totalidad, por lo cual la Parálisis Cerebral se encuentra asociada con la presencia de los siguientes problemas:

- ψ Problemas ortopédicos: a consecuencia de la poca capacidad motriz se presentan contracturas musculares que empeoran lentamente.
  
- ψ Desnutrición: Debido a que el niño no presenta reflejo de succión la alimentación se dificulta, la ingesta de comida no resulta la adecuada en cantidad. Posteriormente el problema persiste debido que el reflejo de deglución también se encuentra afectado. Todo ello generará alteración en la función digestiva produciendo frecuentemente estreñimiento.
  
- ψ Problemas odontológicos: Debido a que los pacientes con esta clase de afección no pueden valerse por sí mismos aunado a la dificultad que plantea su cuidado, la higiene bucal tiende a ser una aspecto que se descuida, siendo susceptibles a: caries, gingivitis, pérdida de dientes, etcétera. Se reporta que algunos de estos niños presentan deformaciones como dientes en forma de clavija.
  
- ψ Problemas perceptuales: Debido a las interconexiones entre centros motores con el sistema somatosensorial, existen problemas en la propiocepción, por lo que existe un fallo tanto en movimientos gruesos y finos. Por otro lado, se presenta una afección en el control de los movimientos oculares –durante el movimiento de la cabeza y el cuerpo– lo que dificulta fijar la vista y/o distinguir los cambios de la imagen visual. Los problemas auditivos son frecuentes.

- ψ Problemas en el Habla: existen dificultades asociadas con la articulación de los fonemas, trastorno conocido como Disartria. El sujeto afectado puede producir sonidos inexistentes en su lengua habitual puesto que no articula correctamente.
  
- ψ Problemas de Aprendizaje: Es posible la presencia de Retraso mental, aunado a ello los sujetos con Parálisis Cerebral al presentar una deficiencia motora, que les imposibilita el control de su organismo y limita su capacidad de interactuar con el medio y significar los estímulos relevantes. Así mismo los problemas perceptuales ya mencionados influirán en la atención, capacidad de concentración, funciones de memoria y demás factores que toman parte en el proceso de aprendizaje, por lo que este se vera afectado.
  
- ψ Problemas emocionales: El que los sujetos con Parálisis Cerebral presenten incapacidad para el control de movimientos, puede generar que se sientan constantemente observados lo cual impacta de forma negativa en su autoestima. Así mismo, el que no puedan valerse por sí mismos posee consecuencias importantes sobre la personalidad del sujeto (abandono vs sobreprotección), se ha llegado a observar que de presentarse un mal manejo en las relaciones interpersonales con le paciente puede ser demandantes y manipuladores. Así mismo estos pacientes comúnmente manifiestan ciclotimia. Los problemas emocionales no se circunscriben al paciente, el manejo del síndrome impacta a la familia.

## **4.5 Clasificación**

La Parálisis Cerebral puede clasificarse en tres formas:

- a) Fisiológica (con base en el tono muscular)

- ψ Espástico. Es resultado de lesiones en las áreas pre-motoras de la corteza cerebral. Los rasgos característicos de este tipo son la parálisis de los modelos del movimiento voluntario y el aumento del tono muscular. Cuando el paciente intenta llevar a cabo movimientos incluso sencillos, se contraen al mismo tiempo muchos músculos de forma que el movimiento queda limitado y resulta laborioso.
- ψ Atetósico. es también llamado atetoides. el rasgo característico lo constituyen los movimientos involuntarios e incontrolables de los grupos musculares de la cara y de los cuatro miembros esta actividad muscular carece de sentido pero a su vez produce dificultad del habla y de la deglución.
- ψ Atáxico. Las características son una alteración de la coordinación de los grupos musculares y una relativa falta de equilibrio, en este tipo la inteligencia suele no estar afectada.
- ψ Los otros tres tipos:
  - De temblor (movimientos involuntarios, incontrolables y regulares en ritmo).
  - Rigidez (resistencia al movimiento pasivo).
  - Atonía (falta de tono muscular).
- ψ Mixtos. No todos los diagnósticos son de exclusivamente espásticos, atetoides o atáxicos sino que en la mayoría de los casos los distintos tipos se presentan al mismo tiempo.

b) Topográfica (de acuerdo a los miembros afectados)

- ψ Monoparesia. Afecta a un solo miembro.
- ψ Hemiparesia. La región lateral del cuerpo es afectada, se presenta con implicaciones sensoriales y de percepción de las formas.
- ψ Triparesia. Comprende generalmente tres extremidades las dos inferiores y un brazo

- ψ Paraparesia. Afecta únicamente a los miembros inferiores.
- ψ Disparecias. Afección en las cuatro extremidades, estando más afectadas las inferiores que las superiores.
- ψ Cuadriparesia., afecta a las cuatro extremidades.

c) Intensidad (nivel de daño)

- ψ Leve. El paciente no necesita un prolongado tratamiento porque, ha podido adaptarse con sus deficiencias a las necesidades diarias y anda sin necesidad de ayuda.
- ψ Moderado. El paciente necesita cuidados especiales, pues no puede hacerse cargo de sí mismo y tiene dificultad en la ambulación y a veces en la expresión.
- ψ Severo. El paciente necesita tratamiento pero la intensidad de la afección es tan grande que el pronóstico en cuanto a la ambulación, expresión y capacidad de cuidarse es reducidamente favorable.

Los instrumentos de medición de las limitaciones funcionales en pacientes con parálisis cerebral han transitado desde el empleo de métodos de medición de los ángulos de las articulaciones, pasando luego por la escala de Ashworth para pacientes con espasticidad y otras clasificaciones basadas en las limitaciones funcionales para la deambulaci3n, como la de Bleck y Vohr (Robaina y Riesgo, 2007)

El desarrollo de un Sistema de Clasificaci3n de la Funci3n Motora Gruesa (GMFCS), por Palisano et al., v3lido, fiable y con significaci3n pron3stica, represent3 un salto cualitativo en la evaluaci3n de pacientes con par3lisis cerebral y los tratamientos que estos reciben. Este sistema se basa m3s en los logros funcionales de los ni1os que en sus limitaciones, enfatizando en el cumplimiento de las actividades diarias de la vida, en la casa o en la comunidad y no en sus mejores capacidades. El GMFCS separa las caracter3sticas

funcionales en cinco niveles, que van del I al V, con agrupaciones de edades diferentes. El nivel I es el mas leve, los niños del nivel II no requieren aparatos de asistencia para moverse después de los 4 años de edad, mientras que los de nivel III si requieren asistencia para caminar; los de nivel IV logran sentarse con ayuda pero la movilidad independientemente esta muy limitada; y los del nivel V no logran moverse independientemente y necesitan equipos autopropulsados para lograr trasladarse (Kriger, 2006).

#### **4.6 Epidemiología**

- ψ La parálisis cerebral es relativamente frecuente en todo el mundo. De cada 100 000 nacimientos, 6 nacen con parálisis cerebral sobreviviendo, sin embargo una parte muere al nacer.
  
- ψ En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) estima que tan sólo en el Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco, hay cerca de 400 mil personas con discapacidad.
  
- ψ Debido a una mayor supervivencia de los niños prematuros y la disminución de la mortalidad infantil debido a los avances médicos, incrementa el número de casos con este síndrome.

#### **4.7 Diagnóstico**

Durante el período posterior al nacimiento es difícil una clara diferenciación de grupos sindrómicos y generalmente las deficiencias motoras asociadas al síndrome se confunden con “debilidad” en el niño.

Conforme los infantes van creciendo se van presentando los hitos del desarrollo motor, en el caso de los niños con Parálisis Cerebral se observa que tales eventos en el desarrollo no se presentan o se presentan con dificultades (con retraso). Las

deficiencias se hacen patentes durante el primer año de vida, entre las que encontramos:

- ψ Los sujetos con Parálisis cerebral pasado el 1er medio año de vida no pueden sostener la cabeza. A los cuatro meses de edad el 90% de los bebés puede sostener la cabeza mientras están cargados o sentados con apoyo.
- ψ El sujeto con Parálisis cerebral al finalizar el primer año de vida no puede mantenerse sentado. El bebé promedio puede permanecer sentado sin apoyo a los seis meses y sentarse solo aproximadamente dos meses y medio después.
- ψ El sujeto con Parálisis Cerebral no logra la marcha a los dos años de edad. El bebé promedio puede ponerse de pie después de los 7 meses (apoyándose de algún objeto), cerca de dos semanas antes de su primer cumpleaños puede pararse solo correctamente y para el año y dos o tres meses alcanza la condición de caminador.

Aunado a las deficiencias en el desarrollo de las habilidades motoras, se deberá presentar movimientos involuntarios anormales, excesiva tensión muscular (espasticidad), temblor muscular, etcétera. Para un adecuado diagnóstico se deberá acudir con un especialista quien basándose en la Historia Clínica y Examen Neurológico establecerá el tipo de Parálisis Cerebral. Se debe de tomar en cuenta que mientras más temprano sea el diagnóstico será más oportunas las medidas rehabilitatorias.

#### **4.8 Tratamiento**

Requieren de atención combinada:

- ψ Médico de cabecera.
- ψ Rehabilitador.
- ψ Neurólogo.

- ψ Cirujano ortopedista.
- ψ Psicólogo.
- ψ Fisioterapeuta.
- ψ Terapeuta ocupacional.
- ψ Logoterapeuta.
- ψ Asistente médico social.
- ψ Profesores.

La valoración y tratamiento se lleva a cabo en un centro terapéutico especializado. Siguiendo un régimen de internado y ambulatorio.

Es importante que los profesionales que cuidan de estos niños tengan una actitud realista bondadosa.

Fármacos terapéuticos: constituye sólo una pequeña parte del tratamiento general. Los sedantes así como anticonvulsivos utilizados en un niño normal se utilizan en estos pacientes para el control de los ataques únicamente.

Sin embargo hay drogas que tienen un beneficio específico en la parálisis cerebral, son aquellas que aumentan el tono muscular o relajan los músculos hipertónicos, por ejemplo:

Tratamiento quirúrgico: en formas leves de Parálisis espástica es útil la corrección de las deformidades fijas mediante el estiramiento de las contracturas musculares. Tienen gran valor para niños que tienen contracturas consecuencia de la gran espasticidad. La corrección debe ser mantenida diariamente muchos años a través de fórmulas de “quita y pon” para prevenir una recaída.

En pacientes con parálisis cerebral de tipo atetoide es poco lo que puede hacer la corrección quirúrgica.

Rehabilitación: en niños con Parálisis que nunca han recibido tratamiento, la rehabilitación debe estar orientada hacia la habilitación.

El trabajo de habilitación consiste en:

- . Determinar el nivel desarrollo en que se encuentra el niño.
- . Proveer de técnicas de facilitación de movimientos apropiados.
- . Inhibición de patrones anormales.

Las habilidades para la independencia personal que se deben incrementar son:

- . Autoalimentación.
- . Vestirse y desvestirse.
- . Control de esfínteres y aseo personal.
- . Manipulación, juego, actividades académicas.
- . Uso de aparatos de asistencia para la facilitación de cualquiera de las funciones anteriores.

#### **4.9 Prevención**

La Parálisis Cerebral no es directamente prevenible, sin embargo como se le asocia a factores prenatales, perinatales y postnatales, se puede decir que un cuidado prenatal puede reducir el riesgo, por lo que la mujer embarazada deberá acudir a centros de salud con regularidad. Durante el parto se deberá minimizar la presencia o incidencia de cualquier factor que ponga en riesgo al infante. Así mismo el cuidado proporcionado al neonato por la madre durante las primeras semanas de vida puede reducir de forma importante la incidencia de este síndrome.

#### **4.10 Parálisis cerebral y familia**

La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud, satisfaciendo necesidades como la reproducción, el cuidado, el afecto y la socialización. Aparentemente la familia es la mayor influencia en el desarrollo y el crecimiento de los niños. Cuando uno de los integrantes de la familia tiene

necesidades especiales, todos los miembros de la familia son afectados. La parálisis cerebral es una condición compleja y a largo plazo que afecta a los niños y sus familias (Shu Li Lin, 2000).

Es por ello que tener un hijo con alguna discapacidad tiene una afección significativa en la familia, especialmente en los padres de estos pequeños, quienes usualmente presentan una serie de reacciones emocionales que se manifiestan mediante dolor, consternación, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, tristeza y temor, lo cual genera rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo con parálisis cerebral. Surge un desequilibrio emocional, social y económico que aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño, que limita o impide su rehabilitación (Salgado, 2003).

De acuerdo con Elizabeth Kubler-Ross (2006) el enfrentarse a situaciones inesperadas como el diagnóstico de parálisis cerebral, genera que los individuos atraviesen por diversas etapas emocionales, mismas que puede llevar una continuidad, remplazándose una a otra o bien pueden presentarse simultáneamente; aunque en cada una de ellas prevalecen ideas e ilusiones con respecto a la discapacidad en cuestión, que se manifiestan mediante creencias sobre los avances de la medicina o una milagrosa recuperación del niño.

En el caso de los padres de familia que tienen un hijo con parálisis cerebral, Kubler-Ross (2006), señala que atraviesan por los siguientes periodos:

- 1) Negación. Es una defensa temporal que puede ser reemplazada por una aceptación parcial que se caracteriza por una esperanza de que puede existir algún error en el diagnóstico.

- 2) Agresión. En esta fase los padres pueden agredirse mutuamente, o bien alguno puede culpar al otro por la discapacidad del niño. De igual

forma puede ser que rechacen al hijo con alguna carga agresiva. Generalmente el enojo es desplazado hacia el médico, la religión o la vida. Quizás éste sentimiento provenga, en gran parte de la impotencia y frustración que siente los padres. En muchas ocasiones esta fase culmina con sentimientos de culpabilidad o vergüenza.

3) Negociación. En esta fase aun no se acepta completamente la discapacidad del niño, sin embargo, los padres se muestran abiertos al diálogo y a la negociación con el médico y con el niño.

4) Depresión. Cuando los padres reflexionan la situación del niño dentro del contexto familiar y social, aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta o incremento del apetito, apatía, aumento o disminución en las horas de sueño y en general manifestaciones clínicas de depresión.

5) Aceptación. Puede ser parcial o total, puede durar mucho tiempo y en caso de presentarse alguna crisis, las fases anteriores pueden reactivarse.

Generalmente la reacción inicial de los padres produce una sintomatología depresiva de intensidad, formas de reacción y tiempo de recuperación variables que dependen de factores tales como el grado de incapacidad, desarrollo de la personalidad y adaptación vital de la familia antes de la llegada del hijo, grado de éxito profesional y social, nivel intelectual, status socioeconómico y creencias religiosas entre otros. La depresión ante el diagnóstico de parálisis cerebral no solo la viven a nivel personal sino que en la mayoría de los casos esta se extiende a nivel de relaciones interpersonales.

De acuerdo con la revisión de Salgado (2003), los padres cronológicamente atraviesan por diferentes reacciones:

1) Reacción Postnacimiento. Usualmente la noticia de un embarazo genera en la pareja, ya sea de forma verbal o no verbal, ya sea mediante fantasías e ilusiones, sobre un hijo ideal; es decir, tanto el padre como la madre comienzan a forjar grandes expectativas, sobre el hijo que esperan, lo imaginan fuerte, sano, inteligente y con cierta belleza debido a que son factores de valoración social. Sin embargo la noticia de alguna discapacidad genera en ellos frustración, desconcierto y depresión, que a su vez trae consigo desadaptación, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad hacia la crítica social. Temen ser subestimados debido a la deficiencia física de su hijo y constantemente interrogan al personal médico sobre las causas, específicamente sobre el conocimiento de factores hereditarios que pudieran haber provocado la discapacidad, lo cual los lleva a experimentar inquietud, temor o culpa sobre su posible responsabilidad, mientras en otras ocasiones intentan desplazar la culpa hacia los médicos que intervinieron en algún momento.

Poco a poco esta culpa se va desplazando en un intento de resignación a la suerte o a un castigo divino y por último se proyecta sobre ellos mismos. Finalmente este sentimiento de culpa es el que se relaciona más directamente con la depresión y hace que en caso de anomalías graves, la familia se retire de la vida social en un intento de ocultación y si por el contrario la discapacidad es menor, tratan de minimizarla.

2) Reacción de negación y/o reacción de aceptación parcial. La reacción de negación se produce solo en los casos leves; los padres tienen comportamientos que prescinden de la discapacidad y de las dificultades que para el niño supone. Esta actitud hace que el hijo se encuentre solo ante su dificultad, sin ayuda, y se le

exigen cosas que no pueden hacer. No es admitido en el seno familiar como realmente es, y continuamente es llevado con distintos especialistas, generando sentimientos de inferioridad e inseguridad en el niño.

En el caso de que la discapacidad sea evidente, los padres aunque afirmen lo contrario, no aceptan completamente al hijo y se dejan dominar por su propia situación psicológica y social, con una variada sintomatología depresiva caracterizada por: retraimiento social, apatía, disminución de la atención o capacidad para pensar con claridad, irritabilidad, actitud pesimista hacia el futuro y rumiación negativa de acontecimientos pasados. No superan su problema personal y no salen del estéril terreno de las lamentaciones y autojustificaciones. Están totalmente orientados hacia si mismos, concibiendo en ellos mayor culpabilidad, que expresan mediante diversos sentimientos que transforman su forma de ser y sus actitudes, dejándolos ver muy ambivalentes en su conducta, con reacciones bruscas que van al rechazo parcial. La discapacidad del hijo toca sus puntos de sensibilización y desencadena reacciones de defensa negativa y resistencias, que interfieren en la labor terapéutica.

3) Reacción de aceptación. Dentro de este rubro encontramos dos posturas:

a) Padres que no tienen una visión clara del problema y que en ocasiones es vista con una amplitud e importancia superior a la realidad, ignorando sin embargo las posibilidades positivas y entorpeciendo la labor educativa y el aprendizaje de una profesión con la cual puedan enfrentar la vida y tener un futuro mas estable.

b) Otros padres obnubilados por la discapacidad que hacen vivir al hijo con una sensación de enfermedad. Estas familias tratan de atraer sobre ellos la piedad de todos, sin hacer nada constructivo, con una aceptación basada en la resignación. Estos sentimientos de piedad son peligrosos, en tanto impiden tomar medidas positivas y caer fácilmente en la sobreprotección que supone para el hijo una traba psicoafectiva, donde sus posibilidades reales quedan limitadas.

La aceptación por los demás integrantes de la familia, depende de las actitudes paternas y de las gratificaciones individuales de sus propias necesidades.

- 4) Reacción depresiva existencial. La preocupación que envuelve a los padres que tienen un hijo con discapacidad durante el resto de sus vidas, ante la idea de su muerte, al concientizarse de que su hijo es un proyecto inconcluso, la depresión existencial esta cargada de ansiedad, tiene unos pensamientos superados y los de culpa y fatalidad, centrados en la búsqueda de unos sustitutos, especialmente entre los hermanos, que cuiden a estos hijos con menos posibilidades de desarrollar su propio proyecto vital.

Tanto en el análisis realizado por Kubler-Ross (2006) como en las reacciones descritas por Diez, et al., (1989), se hacen evidentes algunos puntos en común como: la negación de la discapacidad del hijo, la culpabilidad, el rechazo hacia el hijo, la agresión hacia la pareja, la aceptación parcial o total del problema y la fase que persiste a lo largo de toda la vida de los padres: la depresión, misma que influye en la rehabilitación del niño, así como en su autoconcepto y autoestima, elementos importantes para el desarrollo emocional del pequeño.

Es evidente que el narcisismo paterno se ve afectado ante la presencia de un hijo con discapacidad, en este caso específicamente parálisis cerebral, situación en ocasiones los lleva a elaborar ciertas teorías etiológicas fantásticas con el

objetivo de negar toda carga hereditaria, o al contrario para asumir toda la responsabilidad por parte de uno de ellos. Las reacciones defensivas constituyen la primera manifestación de la culpabilidad constante de las familias, misma que exacerba las reacciones de ambivalencia ante el pequeño con necesidades especiales, explicando con ello las actitudes de sobreprotección ansiosa, rechazo o negación omnipotente de la discapacidad.

Ante la realidad mas o menos asimilada de que la deficiencia física del hijo es inevitable e irrecuperable, la familia reacciona con un sentimiento de trastorno en la interacción entre el miembro con parálisis cerebral y sus familiares, tanto en aspectos verbales y no verbales, como en los niveles de información, manipulación y comunicación y en ocasiones también puede aparecer una sensación de desorientación en cuanto a la relación con los profesionales implicados en colaborar en el diagnóstico y tratamiento de la atención al miembro con discapacidad, por lo que se ven sometidos a una tensión que oscila entre dos polos: la búsqueda de contacto para saber cuánto puede disminuir la ansiedad ante lo inesperado y la percepción de un cierto distanciamiento por parte del profesionalista que se relaciona con la familia.

De igual forma como consecuencia de estos cambios y tensiones, aparece el sentimiento de amenaza por la pérdida del equilibrio ante las presiones internas y lo que se vive como agresión desde la misma discapacidad y las implicaciones sociales y laborales que lleva consigo.

Desde la perspectiva sistémica pueden apreciarse tres momentos importantes por los que atraviesa la familia ante la ruptura del equilibrio:

- 1) Fase de reacción al choque.
- 2) Defensa del choque.

3) Desmoronamiento como consecuencia de los daños sufridos por el sistema a causa de las medidas defensivas que ha ido adoptando a lo largo de un periodo prolongado.

Pueden distinguirse varias actitudes o reacciones mediatas e inmediatas ante la ruptura del equilibrio que se tenía hasta ese momento:

#### Reacciones Inmediatas

##### 1. Alarma:

- ψ Conmoción/aturdimiento/dolor
- ψ Ansiedad y búsqueda de calma
- ψ Horror

##### 2. Defensa:

- ψ Depresión y tristeza
- ψ Pena
- ψ Temor
- ψ Agresividad

#### Reacciones Mediatas

##### 3. Agotamiento/inhibición:

- ψ Culpabilización
- ψ Rechazo y negación de la realidad
- ψ Renuncia a la readaptación
- ψ Aislamiento/abandono en el sistema cerrado como consecuencias del predominio de la pérdida homeostática

##### 4. Utilización positiva de las capacidades latentes:

- ψ Reorganización

- ψ Readaptación y ajuste
- ψ Salida y apertura positiva hacia un nuevo equilibrio homeostático

La deficiencia física altera hondamente la satisfacción de necesidades, tanto a nivel individual, familiar y conyugal. Todo queda alterado y amenazado y el futuro de los integrantes de la familia es incierto. En el subsistema padres-hijos, el respaldo, seguridad y apoyo que las figuras paternas brindar a los hijos se puede ver afectado, al igual que la cercanía emocional que hay que prestar a cada integrante de la familia. A nivel conyugal la estabilidad y satisfacción sexual también se trastoca ya sea en términos de limitación o bien en la ruptura de la relación.

Puede suceder que ante el dolor, de forma indirecta la familia obligue a sus integrantes a silenciar sus sentimientos, especialmente aquellos que causen dolor a otros o bien que disimulen los sentimientos de rabia, tristeza o depresión por percibirlos como sentimientos no aceptados, ocasionando una conflictividad reactiva y defensiva ante las amenazas que sienten.

En la relación conyugal, aspectos como la economía, amistades, relaciones sociales, toma de decisiones, distribución de trabajo y utilización de tiempos libres puede convertirse en fuentes de conflicto ante el diagnóstico de parálisis cerebral de un hijo.

Desde la perspectiva de la madre, el niño no será el único responsable de su "pena", también lo será el marido, que será visto como objeto de una profunda gratitud por haber participado en el acto de su vida, o bien será considerado culpable por haber satisfecho sus necesidades sexuales y haber creado una situación desagradable para ella. En lo referente al padre cuando el embarazo no se desarrolla en las mejores condiciones, puede llegar a culpar a ese hijo por provocar una separación y emocional entre su mujer y él.

Las reacciones de los padres están determinadas por un diversos factores, siendo los mas influyentes: la severidad d e la incapacidad del niño, el tiempo que tardan en conocer el diagnostico y la estabilidad de pareja, al ser informados.

En ocasiones uno o ambos padres pueden intelectualizar el problema del niño, pero a nivel emocional rechazarlo, situación que es importante trabajar a nivel psicoterapéutico debido a que los programas de rehabilitación no serían eficaces, si este se siente rechazado por las personas que lo rodean.

La figura materna es el primer objeto de satisfacción para un niño, además de ser la que valora y estimula las producciones intelectuales y físicas del mismo. Debido a la dependencia que el niño tiene para con su objeto de amor, se identifica con esa imagen valorada que viene del otro y pasa a valorares. El Yo se constituye y se mantiene básicamente por la identificación con la imagen del otro. El hijo de padres melancólicos cuya imagen de si mismos es la de no valer nada, ve favorecida la construcción de un *Yo representación* desvalorizado, por identificación con el *Yo representación* de quienes se ven a sí mismos desprovistos de todo valor. El hijo se identifica entonces con la imagen que los padres tienen de él y a su vez se construye su función critica por identificación con la crítica de los padres.

Al tener un hijo con parálisis cerebral, la fortaleza o la desintegración de los lazos familiares dependen de las reacciones de los padres. Cuando estos son emocionalmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece, en cambio si los lazos son débiles tienden a romperse en este suceso. Los lazos fuertes facilitan la incorporación del niño a la dinámica familiar, lo cual le brinda seguridad y le facilita desarrollas su potencial. Pero suele ocurrir que muchos de los padres que tienen un hijo con necesidades especiales se aíslan de la sociedad, ocasionando un desajuste emocional en ellos y en el niño, quien va

asimilando ese aislamiento como vergüenza, castigo, sacrificio o rechazo y al igual que los padres, él también se aislará.

El exceso de cuidados o de mimos también boicotará la rehabilitación del niño y quizás lo haga reaccionar en forma negativa a la adaptación al medio, pues será una persona manipuladora, agresiva o un hijo desobediente. Por otro lado, la indiferencia de los padres hará que el niño adopte formas para llamar su atención, tales como la autoagresión, la destructividad, la enuresis o el mutismo.

Una persona con requerimientos de educación especial, al igual que alguien “normal” necesita establecer redes sociales, entendiendo esto como el conjunto de seres con quienes interactuar de manera regular, con quienes conversar e intercambiar señales que lo corporicen, que lo hagan real que también funcionen como compañía social, apoyo emocional, ayuda material y de servicio y acceso a nuevos contactos.

## **CAPÍTULO 5**

### **MÉTODO**

#### **5.1 Justificación**

Actualmente se ha incrementado el índice de personas que presentan alguna discapacidad, situación que repercute en las esferas familiar, social, económica y de salud de los pacientes y de sus familias. Por este motivo resulta importante conocer más sobre la población diagnosticada con parálisis cerebral, enfatizando la importancia de la salud emocional de la madre de los niños que han sido diagnosticados con este padecimiento, a fin de saber si la inteligencia emocional de las procreadoras de estos niños difiere con respecto al grado de la enfermedad.

#### **5.2 Planteamiento del problema**

Con frecuencia el diagnóstico de parálisis cerebral de un niño provoca en las madres una inestabilidad emocional en mayor o menor grado, debido a la pérdida de las expectativas depositadas en él, antes de que el diagnóstico fuera emitido, ya que las enfrenta a una realidad inminente que trae repercusiones importantes a nivel de pareja, familiar, social, de salud, económico y sobre todo de forma personal.

Con frecuencia la madres de estos niños viven en una inestabilidad emocional generada por el rechazo de la sociedad e incluso de la propia familia, quienes enfatizan los impedimentos del niño, reiterándoles una experiencia de fracaso y culpa, pues en un mundo orientado hacia el éxito y la aparente perfección, las personas con discapacidad, nos confrontan con nuestros propios límites. Es por ello, que con la finalidad de ayudar en el aspecto emocional a las mamás de niños con parálisis cerebral y con ello colaborar con un tratamiento integral, se investigó:

¿Si el grado de parálisis cerebral de los niños influye en la inteligencia emocional de sus madres?

### **5.3 Objetivo**

Identificar si existen diferencias en la inteligencia emocional de las madres de niños con parálisis cerebral infantil según el grado de parálisis cerebral que presentan sus hijos y se clasifica de acuerdo al diagnóstico médico como leve, moderada y severa.

### **5.4 Hipótesis**

- Las madres de niños con parálisis cerebral severa tendrán un menor grado de inteligencia emocional que las madres de niños con parálisis cerebral moderada y leve

#### **Hipótesis Estadística**

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la inteligencia emocional presente en las mamás y el grado de parálisis cerebral de sus hijos

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la inteligencia emocional presente en las mamás y el grado de parálisis cerebral de sus hijos

### **5.5 Variables**

**V.1:** Presencia de un hijo con parálisis cerebral entre cero y once años de edad que han sido clasificados con base en la Escala de Palisano en leves, moderados y severos

**V.2:** La inteligencia emocional de las madres de niños con parálisis cerebral

### **5.5.1 Definición Conceptual**

**V.1:** La parálisis cerebral se refiere a la pérdida de los movimientos voluntarios y a la debilidad muscular que ocurren por lesiones en el sistema nervioso central que afectan la fuerza y el tono muscular (Otfried, y Anthony, 1995).

**V.2:** La inteligencia emocional es un tipo de inteligencia social que incluye las habilidades de supervisar y entender las propias emociones y las emociones de los demás, discriminar entre ellas, y utilizar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo. También se afirma que la inteligencia emocional consta de habilidades tales como: ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones, controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y abrigar esperanzas (Goleman, 1998).

### **5.5.2 Definición Operacional**

**V.1:** La parálisis cerebral, padecimiento de afección motora que fuera diagnosticada por el personal médico del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), clasificándolo en leve, moderado y severo con base en la escala de Palisano

**V.2:** Resultados que ofrece el Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO) y la información recabada en la entrevista.

## **5.6 Sujetos**

La muestra fue integrada por 60 mujeres con edades entre 20 y 64 años que tuvieron un hijo con diagnóstico de parálisis cerebral, 20 de los cuales de acuerdo con la escala de Palisano fueron clasificados médicamente como leves, 20 como moderados y 20 como severos, cuyo rango de edad osciló entre tres y

once años y que reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

### **5.7 Muestreo**

Se empleó una muestra no probabilística, intencional y por cuotas (Kerlinger, 2001), ya que se requirió una cuidadosa elección de sujetos que cumplieran con características específicas; es decir mamá de niños diagnosticados con parálisis cerebral entre los tres y once años de edad que hayan sido diagnosticados mediante la escala de Palisano para integrar los tres grupos: leves, moderados y severos.

### **5.8 Escenario**

La aplicación del instrumento “Perfil de Inteligencia Emocional” y la entrevista en los tres grupos se llevó a cabo en uno de los consultorios del Instituto Nacional de Rehabilitación, ubicado en Calzada México Xochimilco N° 289.

### **5.9 Tipo de estudio**

Es un estudio comparativo debido a que describe las diferencias entre los siguientes grupos: madres de niños con parálisis cerebral leve, madres de niños con parálisis cerebral moderada y madres de niños con parálisis cerebral severa, fue un estudio comparativo.

### **5.10 Diseño estadístico**

Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS. Se utilizó, análisis de varianza de una sola vía (ANOVA) y media.

## **5.11 Instrumento**

### **5.11.1 Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO)**

Debido a que el concepto de Inteligencia Emocional con frecuencia es empleado en el ámbito laboral, existen pocos instrumentos que se utilicen en otros contextos, por lo que se eligió el Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO) de Cortés, Barragán y Vázquez (Cortés y cols. 2002), mismo que se construyó y estandarizó en nuestro país, además de ser aplicado a una muestra heterogénea que involucraba personas de diversas edades, ocupaciones y condiciones sociales.

El PIEMO, engloba las características fundamentales de la Inteligencia emocional y se plantea como un instrumento que permite evaluar dicho constructo, desde una perspectiva escalar y autopercebida (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003).

El instrumento consta de 161 reactivos que se contestan de forma dicotómica (falso/verdadero) y está constituido por 8 subescalas: inhibición de impulsos, empatía, optimismo, habilidad social, expresión emocional, reconocimiento de logro, autoestima y nobleza.

Es aplicable a personas de 16 a más de 80 años de edad, ya sea de forma individual o colectiva, con las bondades propias de cada una de las formas de aplicación. Los reactivos están elaborados en un lenguaje sencillo, por lo que pueden ser fácilmente comprendidos por personas que hayan cursado la primaria o en el caso de analfabetas el instrumento puede ser aplicado, leyéndoles los reactivos.

Para determinar sus propiedades psicométricas el instrumento fue aplicado a 723 sujetos (356 mujeres y 367 hombres) con un rango de edad entre 14 y 80 años, provenientes de escuelas, centros de trabajo, lugares públicos, hospitales y

prisiones, obteniendo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.958 para el instrumento completo (Cortés y cols. 2002).

### **5.11.2 Entrevista**

Además se realizó una entrevista abierta, para complementar la información y obtener datos referentes a las creencias, sentimientos, emociones, actitudes y el contexto en el cual se desenvuelven las madres de niños con parálisis, así como para conocer la forma en que la discapacidad de sus hijos ha repercutido en su vida.

Para la integración del estudio fue necesario obtener los datos personales: edad, sexo, escolaridad y ocupación.

La entrevista evaluó las siguientes áreas: familiar, de pareja, salud, laboral y económica, dándoles tribuna libre sobre los aspectos que ellas quisieran abordar de cada aspecto.

### **5.12 Procedimiento**

1. Se presentó el proyecto a las autoridades del INR, una vez autorizado, el personal médico de la institución proporcionó una base de datos, misma que incluía: nombre, teléfonos y grado de parálisis cerebral de los pacientes.

1. De forma aleatoria se seleccionó a 20 integrantes para cada grupo y se procedió a contactarlos vía telefónica, donde se les explicó brevemente en que consistía el proyecto (sin hacer mención del constructo a evaluar), así como informándoles un tiempo aproximado de una hora y media para la realización de la entrevista y el cuestionario. Al contar con su consentimiento se les asignó una cita individual.

2. El día de la cita, una vez establecido el rapport, se realizó la entrevista y se aplicó el cuestionario “Perfil de Inteligencia emocional”. Debido a la escolaridad de las mamás y con el objetivo de homogenizar la aplicación, se leyó cada reactivo.
  
3. Debido a que en la sesión se abordó una temática dolorosa y en varios casos aún no se había realizado un trabajo terapéutico, en algunos casos se dió un desbordamiento emocional por parte de las participantes y, pese aunque no formaba parte del objetivo, se realizó una intervención, ya que por ética personal y profesional no se podía dejar así a las participantes.

## CAPÍTULO 6

### RESULTADOS

Tal como se señaló, para determinar si existen diferencias en la inteligencia emocional de la madres de niños con parálisis cerebral leve, moderada y severa, se aplicó el Perfil de Inteligencia Emocional PIEMO, obteniendo los siguientes resultados, mismos que se presentan con base a los siguientes puntos:

#### 6.1 Descripción de la muestra

La muestra fue integrada por 3 grupos de mujeres, el primero integrado por 20 madres de niños con parálisis cerebral leve, el segundo por 20 madres de niños con parálisis cerebral moderada y el último por 20 madres de niños con parálisis cerebral severa.

<b>Grupo</b>	<b>Frecuencia</b>
Mamás PCI leve	20
Mamás PCI moderado	20
Mamás PCI severo	20
<b>Total</b>	<b>60</b>

Tabla 1

En lo referente a la edad (ver Tabla 2), se encontró que el 29 % de la muestra correspondió a mujeres jóvenes entre los 30 y 34 años de edad, seguida por el 28% cuyas edades oscilaron entre 35 y 39 años, el 16% a jóvenes entre 20 y 29 años, el 15% a mujeres entre 40 y 44 años, el 5% a mujeres entre 45 y 49 años, el 3% a mujeres entre 50 y 54 años, mientras otro 3% a mujeres entre 55 y 64 años de edad.



Tabla 2. Edades de las madres de niños con parálisis cerebral

Con respecto al estado civil (ver Tabla 3) se encontró que el 61% de la muestra correspondió a mujeres casadas, el 18% a mujeres que viven en unión libre, el 13% a madres solteras y el 8% a divorciadas.

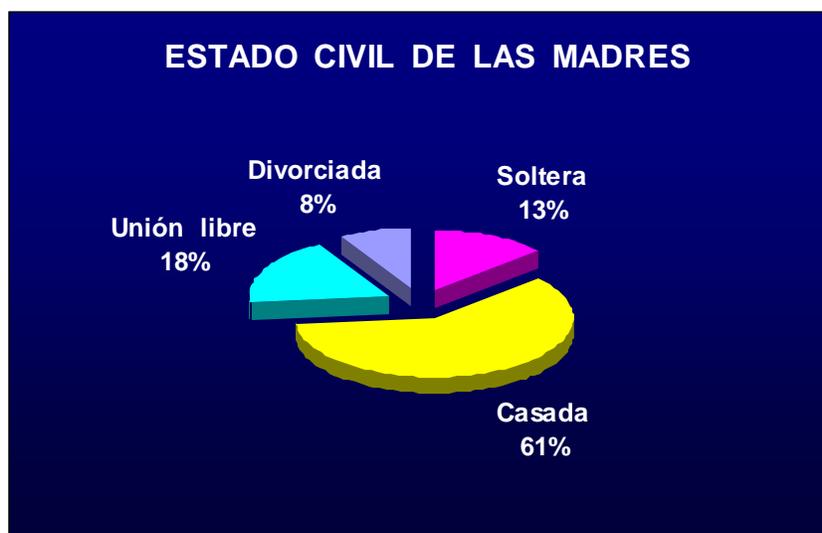


Tabla 3. Edo. Civil de las madres de niños con parálisis cerebral

En cuanto a la escolaridad de las participantes, se encontró que el 48% estudiaron hasta la secundaria, el 18% hasta preparatoria, el 12% estudiaron una

licenciatura, el 10% estudiaron primaria, mientras que otro 10% estudiaron alguna carrera técnica y finalmente solo el 2% hicieron una maestría.

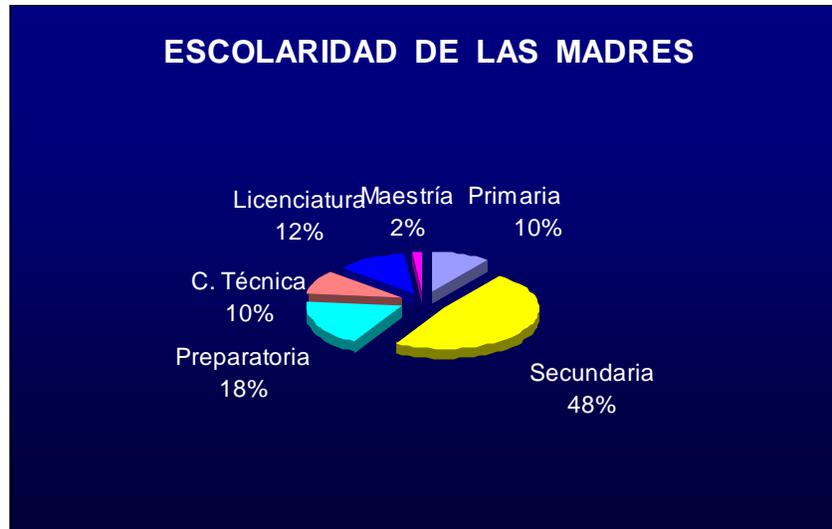


Tabla 4. Escolaridad de las madres de niños con parálisis cerebral

Al referirnos a la ocupación de la mamás de estos niños (ver Tabla. 5), se encontró que el 73.3% son mujeres que se dedican al hogar, el 23.3% realiza algún trabajo de mando bajo como afanadoras, cuidadoras etc, mientras que un 1.7% posee un empleo de mando medio y el otro 1.7% uno de mando alto.



Tabla 5. Ocupación de las madres de niños con parálisis cerebral

## 6.2 Propiedades del instrumento

Para conocer la confiabilidad del instrumento Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO), aplicado a las 60 madres de niños con parálisis cerebral infantil con edades entre 20 y 64 años, se obtuvo un **coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.876** para el instrumento completo, lo cual nos refiere que el instrumento es confiable, además de que la muestra contestó de forma homogénea.

## 6.3 Análisis estadístico

La Tabla 6 se muestra los estadísticos (medias, desviaciones estándar y valores máximos y mínimos del coeficiente emocional en cada grupo). Como se puede notar, el grupo de las mamás con hijos diagnosticados con parálisis cerebral leve, presentan un media mayor, que las de moderado y las de severo, quienes obtuvieron los puntajes mas bajos en su coeficiente emocional, lo cual significa que el grado de parálisis cerebral de los hijos, repercute en la Inteligencia Emocional de sus madres, siendo aquellas, quienes sus hijos están diagnosticados con parálisis cerebral severa, las que presentan un coeficiente emocional menor, con respecto a las que tienen un hijo con parálisis cerebral moderada y leve, quienes poseen un coeficiente emocional ligeramente mas elevado.

### Coeficiente emocional Total

	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DES. ESTANDAR</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MAXIMO</b>
Mamás PC leve	20	106.65	10.903	87	128
Mamás PC moderado	20	104.40	12.771	82	121
Mamás PC severo	20	98.85	16.715	62	126
Total	60	103.30	13.846	62	128

Tabla 6. Medias, desviaciones estándar y valores máximos y mínimos por grupo

Para comprobar que esta diferencia fuera estadísticamente significativa se realizó un análisis de varianza de una sola vía ANOVA (ver Tabla 7), en donde se obtuvo un valor de significancia de .188, lo cual indica que las diferencias no son estadísticamente significativas y por consiguiente que la inteligencia emocional presente en las mamás de niños con parálisis cerebral no depende del grado de afección de sus hijos.

## ANOVA

### *Coefficiente emocional total*

	<b>Sum of Squares</b>	<b>df</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Between Groups	644.700	2	322.350	1.723	<b>.188</b>
Within Groups	10665.900	57	187.121		
Total	11310.600	59			

Tabla 7 Análisis de varianza de una sola vía

### 6.3 Análisis cualitativo

Con el fin de conocer un poco más sobre el entorno en que se desarrollan las mamás de los niños con parálisis cerebral, se realizó una entrevista semiestructurada a las 60 participantes, para evaluar las siguientes áreas: familiar, de pareja, salud, laboral y económica, mismas que se abordan mediante este ensayo, que permite percatarnos acerca de la dinámica de estas mamás y en general de la familia, en donde una discapacidad se hace presente.

En dicha entrevista cada una de las participantes, se presentó puntualmente a su cita, mostrando una actitud colaboradora, incluso se podría decir que su expresión corporal (facies, posturas y tonos de voz) transmitía una sensación de agradecimiento, que en algunos casos, especialmente en el grupo de parálisis cerebral severa, se verbalizó de la siguiente forma “gracias, por preocuparse por

nosotras, nadie mas lo había hecho”, palabras que reflejan abandono, tristeza, soledad, baja autoestima, falta de autoconocimiento, etcétera, elementos que de acuerdo con las aportaciones de Mayer y Salovey (1997), Goleman (1998), Baron (1997), Domínguez (2002) entre otros, refleja que estas mujeres no presentan una inteligencia emocional óptima.

El punto de partida para hacer esta afirmación es que de las 60 participantes, 25 lloraron intensa y prolongadamente al hablar sobre su sentir, 9 se mostraron defensivas argumentando “mientras mi hijo/a esté bien, yo también lo voy a estar”, palabras que dejaban ver una forma de evadir el contacto con sus propias emociones y sentimientos o, bien, dando respuestas cerradas y muy breves sobre cada área abordada.

De igual forma, constantemente veían el reloj a fin de decir “lo siento ya me tengo que ir”, lo cual hace evidente que efectivamente evadían y negaban el hablar sobre ella mismas.

Finalmente las 26 mamás restantes hablaron tranquilamente del tema, dejando ver que ya han pasado sus experiencias, pensamientos y sentimientos por el tamiz del análisis, lo cual les permite conocerse, contactar su sentir, desarrollarse en cada ámbito de su vida y realmente ejercer su rol de madre con mas seguridad; es decir, dejando un poco esos sentimientos de culpa que ocasionan sobreprotección y simbiosis en la relación madre hijo. Cabe mencionar que de estas 26 mamás, 18 corresponden al grupo de parálisis cerebral leve, 6 al de moderada y 2 al de severa.

En cuanto a las madres de hijos con parálisis cerebral leve (donde la afección motora es mínima, presentándose usualmente en alguna de las cuatro extremidades, lo cual le permite al niño realizar sus actividades escolares, sociales y lúdicas, realmente sin grandes dificultades), reportaron que tanto ellas como sus esposos y demás familiares al percatarse de que sus hijos

presentaban ligeras dificultades en su desarrollo, acudieron a sus médicos, quienes les dieron el diagnóstico, mismo que recuerdan les generó preocupación pero cuando los doctores casi les aseguraban que con alguna intervención quirúrgica o incluso solo con algunas terapias, el niño mejoraría considerablemente, ésta disminuyó. En términos generales, se puede notar que las entrevistadas de este grupo se sentían apoyadas por sus esposos, lo cual favoreció que tuvieran una comunicación abierta, en donde podían expresarse y compartir responsabilidades propias de sus roles. De igual forma aunque la mayoría de ellas no trabajan, ya que siguen roles tradicionales en donde el padre es el proveedor mientras la madre es la encargada de la casa, hijos etc, aun así, estos roles son flexibles permitiendo el apoyo mutuo.

Finalmente este grupo de madres reportó sentirse bien, ya que como la mayoría comentó “tenemos problemas como cualquier familia, pero los podemos solucionar”, aún así considero que esta entrevista les permitió reflexionar sobre algunos planes o proyectos que han dejado de lado y que quisieran realizar.

En el grupo de madres de niños con parálisis cerebral moderada, donde se requieren mayores cuidados para con los niños, las entrevistadas refirieron que aunque la mayoría están casadas o en unión libre, realmente el vínculo solo es la pantalla social.

Ellas reportaron que al recibir el diagnóstico, las cosas fueron difíciles debido a que con frecuencia, el personal médico se mostró tajante e incluso agresivo, sin explicarles realmente la etiología del padecimiento, lo cual generó sentimientos de tristeza, desesperación, inestabilidad, culpa... tanto en ellas como en sus parejas y aunque finalmente se unieron asumiendo sus roles de padres y parejas. Pero al paso del tiempo el apoyo y comunicación en varios de los casos se fue deteriorando, ya que el padre comenzó a encargarse únicamente de proveer de cosas materiales y la madre de atender la casa y a los demás integrantes de la familia en la medida de sus posibilidades y su tiempo. Ya que con el objetivo

de que su hijo se rehabilite, buscan todas las opciones que pueden, terapias físicas, de lenguaje, equinoterapia entre otras, mismas en las que hay que invertir tiempo, esfuerzo y dinero, por lo cual realmente ellas van dejando de ver por sí mismas.

Por lo general su aspecto físico se ve descuidado, generando que los esposos/parejas en algunos casos las lleguen a agredir diciéndoles que están feas, situación que puede ser una forma de expresarles el abandono del cual también se sienten víctimas, ya que finalmente los problemas predominantes en estas familias giran en torno a problemas económicos y de salud, aunados a una comunicación bloqueada.

A continuación retomaré los casos de las mamás de niños con parálisis cerebral severa, mismos en los que hay una gran aficción en los niños, ya que prácticamente permanecen inmóviles, sin hablar, con dificultades para comer, entre otros. En general estas madres reportaron haber pasado por momentos muy difíciles ya que usualmente al recibir el diagnóstico los médicos les decían “va a ser como un vegetal”, lo cual las derrumbó, pero a la vez les dio fuerza para buscar opciones, tratamientos médicos, en fin, todo aquello que les diera un poco de esperanza. En la mayoría de estos casos, se pudo notar que el impacto del diagnóstico fue tan grande que usualmente la familia se desintegró o continúa unida, pero donde es muy frecuente encontrar un padre periférico o una madre completamente simbiotizada con su hijo, situación que una de las entrevistadas dejó muy clara al decir “no es que mi hijo dependa de mi, yo dependo de él”. Y es que en efecto en la mayoría de estos casos las mamás volcaban completamente su atención en sus hijos, como si su vida girara en torno a ellos y donde ellas tuvieran la ganancia secundaria de ser sus objetos de satisfacción y con ello limpiar la culpa que sentían, ya que realmente no entendían porque les había pasado eso a ellas; incluso una de ellas comentó “se que es un castigo de Dios”. Realmente hablar con estas mamás fue difícil ya que tenían tantos sentimientos reprimidos, que les permití resultó catártico, se

valoraron logros e incluso, en un caso se utilizó la técnica de “silla vacía”, pues la entrevistada guardaba mucho rencor contra una persona que era la responsable de que su hija quedara con parálisis cerebral severa.

Todo esto hace reflexionar que estas mamás muestran que se han olvidado de ellas mismas, de su cuidado y arreglo, de cubrir sus propias necesidades, simplemente porque “no hay tiempo, ni dinero para darse algunos lujos” y hasta cierto punto se comprende, pero en efecto es mucho el trabajo que se tiene que hacer con ellas, para que se valoren, expresen libremente sus emociones, establezcan relaciones sociales, conserven esa esperanza, en fin para que simplemente se conozcan.

Y aunque en general predominó este panorama, a todo hay excepciones y una de ellas, resultó impresionante ya que dejaba ver que se sentía bien con ella misma, con su esposo, sus hijos, familiares y amigos a los cuales les brindaba la atención y cuidados necesarios y quien de una forma muy sencilla resumió que posee inteligencia emocional al decir “el que mi hijo esté enfermo, no hace que yo deje de ser una persona y que tenga una vida”.

Con esta aproximación a la vida de las madres de niños parálisis cerebrales, se hace evidente que a medida que se incrementa la afección en los hijos, en general esto provoca una serie de pensamientos, sentimientos y/o acciones que de alguna u otra manera las hacen disfuncionales y es que su inteligencia emocional no la tienen tan desarrollada como para desenvolverse de forma más íntegra.

## **CAPÍTULO 7**

### **DISCUSIÓN**

El análisis de los datos de la presente investigación permite demostrar la importancia que tienen el estudio de la Inteligencia Emocional en todos los contextos, acentuándolo en el ámbito de la salud, ya sea para estimular todos sus elementos tanto en el personal médico, como en los pacientes y sus familiares, quienes de momento, abrumados por todo el sufrimiento que ven a su alrededor, poco a poco se van olvidando de ellos mismos, así como de algunas elementos como: autoconocimiento, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales (comunicación, resolución de conflictos, canalización al cambio etcétera), que les permitiría desenvolverse de mejor manera, planteando sus propias metas y con ello, de acuerdo a su situación forjar el camino para alcanzar su propia felicidad y éxito personal.

De acuerdo con los datos obtenidos, efectivamente quizás la prueba estadísticas diga que no existen diferencias significativas entre la inteligencia emocional de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de afección de estos niños y quizás esto esta muy relacionado ya que aunque en efecto el instrumento utilizado Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO), fue construido y estandarizado con población mexicana, mostrando una alta homogeneidad, es importante considerar que al hablar del constructo Inteligencia Emocional todavía existe ciertas discrepancias en cuanto a su definición y componentes, lo cual ha hecho difícil su campo de estudio y por consecuente su valoración.

Sin embargo si hacemos caso a la diferencia entre las medias del coeficiente emocional que se obtuvo en cada uno de los grupos, 106.65 en el de Parálisis Cerebral leve, 104.40 en Parálisis Cerebral moderada y 98.85 en Parálisis Cerebral severa, se pueden ver diferencias, mismas que al ser abordadas desde la parte cualitativa, retomando todas las vivencias, sentimientos, cambios en la dinámica familiar, me hacen pensar que, como se planteó en la hipótesis, las

madres de niños con parálisis cerebral severa presentarían un menor grado de inteligencia emocional que las madres de niños con parálisis cerebral moderada y leve.

Ya que en efecto cuando una pareja recibe la noticia de que pronto serán padres, se llenan de expectativas, realizan planes, visualizan como será su vida con la llegada del nuevo ser o simplemente nunca se ponen a pensar que algo puede salir mal y que ese hijo tan esperando, puede alejarse de aquel modelo que ya tenían conceptualizado.

El lugar que este niño ocupa en la familia, procede al mismo tiempo de la imaginación parental (niño cuya imagen está en la mente de los padres desde antes de la concepción), pero también procede de la forma en la cual el niño real se adapta a esta imaginación, teniendo en cuenta sus propias aptitudes y el posible o imposible trabajo psíquico parental de reorganización fantasiosa (duelo del niño fantasma para adaptarse al niño real) (Ajuriaguerra, citado en Salgado, 2003). El deseo de un hijo, tal como uno u otro padre lo percibe conscientemente varía en sus motivaciones y expresiones, ya que puede ser muestra de su fertilidad, afirmación de su categoría de adulto, exaltar el deseo de tener un niño o una niña, buscar una forma de curar una depresión, compensa la falta de comprensión de la pareja, busca sustituir a un hijo perdido, etc.

De acuerdo con Buscaglia (1970), Toscazo (1968) y Thurston (1959), tener un hijo con parálisis cerebral tiene una afcción significativa en la familia, especialmente en los padres, quienes al recibir el diagnóstico usualmente presentan una serie de reacciones emocionales que se manifiestan mediante dolor, consternación, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, tristeza, temor etc; lo cual genera rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo con parálisis cerebral (Rickman y Henderson 1965; Weller, Costeff, Cohen, Rahman, y Cook, 1963).

Es un hecho que ante esta situación el narcisismo paterno se vea afectado ya que el apartamiento con el Yo Ideal de perfección -físico, mental y/o moral- puede ser vivido como la caída en la identificación con negativo del Yo Ideal; es decir, en el no valer nada, porque para los padres y madres en cuestión solo existen dos posiciones: o se es el Yo Ideal o por contrario se es el negativo del Yo Ideal (Bleichmar, 1991).

Padres y madres se centran en la discusión de la etiología y la herencia, incluso llegan a formular teorías muy fantasiosas con el objetivo de negar toda carga hereditaria o bien para asumir todo el peso de la discapacidad del niño, ocasionada por parte de uno de ellos. Estas reacciones defensivas constituyen la primer manifestación de culpabilidad constante de las familias, mismas que bien puede exacerbar las reacciones de ambivalencia ante el pequeño con parálisis cerebral, lo cual explica las actitudes sobreprotectoras, ansiosas, de rechazo o negación omnipotente de la discapacidad. Acciones que fue claro percibir en las mamás que participaron en esta investigación, así como en los padres, quienes a pesar de no haber asistido, si pude sentir su presencia, mediante el discurso de la madre.

Autores como Diez, Ventola, Garrido y Ledesma (citados en Ledesma y Melero, 1989), sugieren que los padres y madres de hijos con alguna discapacidad pasan cronológicamente por lo que ellos llaman reacciones postnacimiento (los padres sienten frustración por no cumplirse las expectativas depositadas en el hijo, existe un sentimiento de culpabilidad y un intento de ocultación de discapacidad del niño), reacción de negación y/o aceptación parcial; reacción de aceptación y reacción depresiva existencial.

De acuerdo con los autores previamente mencionados, la fase más importante que persiste a lo largo de toda la vida de las madres es la depresión, misma que limita o impide la rehabilitación del niño, ya que no pueden formar su autoconcepto y su autoestima. Por ello es que resulta tan importante que se

trabaje con las mamás de estos niños, ya que si ellas no están bien consigo mismas, no pueden brindar el soporte necesario para que sus hijos puedan desarrollarse lo mejor posible.

En algunos casos de niños con parálisis cerebral, cuando las madres no obtienen las respuestas esperadas según la edad de sus hijos, ya no intentan comunicarse con ellos de alguna otra forma; es decir su única forma de comunicación se vuelve de cuerpo a cuerpo cuyo único fin es satisfacer necesidades y abandonar su humanización (Salgado, 2003).

La deficiencia física de los niños con parálisis cerebral altera la satisfacción de necesidades tanto a nivel individual como en el ámbito familiar y conyugal. Es notorio que entre mas discapacitante sea la afección física presente en el paciente, mayor es el impacto, lo cual puede ocasionar que ante su dolor, la familia obligue indirectamente a sus miembros a que oculten sus emociones, especialmente aquellas que causan malestar a otros, que disminuyan o hasta distorsionan los sentimientos de rabia, tristeza y depresión, por percibirlos como sentimientos no aceptados, lo cual puede generar una conflictividad reactiva y defensiva ante la amenaza que sienten.

De acuerdo con esto, es importante destacar la presencia directa o indirecta de emociones negativas que invaden a las madres y padres de hijos con parálisis cerebral e intervienen en su Inteligencia Emocional, ya que finalmente aquí encontramos la contraparte de lo investigado por Schutte en el 2002, quien encontró una mayor Inteligencia Emocional ligada a un alto contenido de sentimientos positivos.

En la presente investigación, por medio de las entrevistas realizadas a mamás con hijos diagnosticados con parálisis cerebral, se pudo corroborar que ante la presencia de un hijo con esta discapacidad, las reacciones de ellas están determinadas por una gran número de factores, entre ellos la forma en que el

médico comunica el diagnóstico, ya que de acuerdo con lo reportado los padres se quejan de la falta de cordialidad, preocupación, interés y comprensión por parte de los profesionales, lo cual puede generar consternación, angustia, desesperación y confusión en ellos.

Otro de los factores que influyen en los padres es la falta de información sobre el estado del niño y su causa. Como ya se mencionó, esto crea incertidumbre y lleva a los padres y madres a formular sus propias explicaciones sobre la etiología e incluso favorece el que se lleguen a agredir o culparse por la situación. De acuerdo con Campero y Lahud (1981), la necesidad de información permite a los miembros de la familia comprender al niño con una afección motora, las implicaciones de su deficiencia, así como los sentimientos de cada integrante de la familia.

Finalmente como se puede notar es importante brindar un apoyo integral a las mamás y en general a toda la familia de niños con parálisis cerebral a fin de que de forma individual, conyugal, familiar y social, trabajen con su Inteligencia Emocional y esto les permita una mejor calidad de vida.

## **CAPÍTULO 8**

### **CONCLUSIÓN**

La presente investigación planteó como objetivo identificar si existían diferencias en la inteligencia emocional de las madres de niños con parálisis cerebral infantil dependiendo del tipo de parálisis que presentaran sus hijos (leve, moderada y severa). Los resultados que se obtuvieron al realizar el análisis estadístico de los datos arrojados por el Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO), indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las mamás de estos niños; es decir que independientemente del grado de afección de los pequeños, la inteligencia emocional de sus mamás es homogénea. No obstante otros indicadores tales como el lenguaje verbal y no verbal expresado durante las entrevistas que se les aplicaron, se encontraron elementos que permiten acercarnos más a ellas y al entorno en el cual se desarrollan, pudiendo notar que muchas de estas mujeres enfrentan situaciones difíciles ya que en efecto al hacerse presente una enfermedad que en este caso discapacita a un hijo, genera cambios importantes a nivel personal, de pareja, familiar, sociales, económicos y de salud.

Es por ello que de acuerdo a la información recabada en las entrevistas realizadas a las mamás de niños paralíticos cerebrales, se puede notar que a medida que la afección motora de los niños es más invasiva, de forma inversamente proporcional la Inteligencia Emocional de las mamás se ve decrementada por lo cual presentan dificultades para supervisar y entender sus propias emociones y las de los demás, discriminar entre ella y utilizar la información para guiar el pensamiento y las acciones de sí mismas.

De igual forma, en la mayoría de los casos de madres de niños con parálisis cerebral severa se vio muy oscilante su habilidad para ser capaces de motivarse y persistir frente a las decepciones, controlar el impulso, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan su capacidad de abrigar esperanzas.

Lo anterior se hace evidente al ver que a medida que el diagnóstico de los niños es más severo, las mamás presentan más conflictos en todas las áreas y es que efectivamente les cuesta trabajo tener un control emocional por esta falta de autoconocimiento, así como por todas las emociones y sentimientos que han bloqueado, evadido o reprimido durante su vida.

Y es que de acuerdo con Salgado (2003), la fortaleza o la desintegración de los lazos familiares ante la presencia de un hijo con parálisis cerebral depende de las reacciones de los padres. Cuando estos lazos son emocionalmente más fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece, en cambio si son débiles tienden a romperse en este suceso.

De igual forma suele ocurrir que muchas de las familias en las que uno de sus miembros tiene alguna discapacidad se aíslan de la sociedad ocasionando un desajuste emocional en ellos y en el niño, quien va asimilando ese aislamiento como vergüenza, castigo, sacrificio o rechazo. En la muestra estudiada en esta investigación, se observó que efectivamente en los casos de parálisis cerebral severa se presentaba constantemente esta conducta, de igual forma aunque en menor medida en los casos de parálisis moderada y casi de forma nula en los casos de leve; lo cual finalmente indica que existen sentimientos de minusvalía así como un deterioro en la capacidad de establecer relaciones. Como las mamás mismas señalan “cuesta mucho trabajo salir con mi hijo a la calle” además de afirmar no tener amistades porque sus hijos necesitan todo su tiempo, lo cual se potencializa a medida de que la parálisis es más severa.

Otro aspecto en el que también es notoria una diferencia, haciéndose más evidente en los casos de mamás de niños con parálisis cerebral severa, se percibe cuando ellas refieren sentir una gran carga por ser las únicas responsables de sacar adelante al niño; ya que en la mayoría de los casos, el

padre simplemente no está presente o, bien, en caso de estarlo no participa en los cuidados de sus hijo(a).

Todo esto altera el estado de ánimo de estas mamás, prevaleciendo un concepto negativo de sí mismas, sentimientos de tristeza, soledad, apatía, deseos de escapar o desaparecer al menos por un momento.

Finalmente aunque el instrumento utilizado en este trabajo nos brindó información importante que al analizarse estadísticamente nos llevó a aceptar la hipótesis nula, misma que afirma que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la inteligencia emocional presente en las mamás y el grado de parálisis cerebral de sus hijos; aún así hay que recordar que somos seres humanos y que como tales así tenemos que ser vistos. Es decir, con un panorama integral que permita una aproximación más clara y humana a diversas problemáticas, es por ello que al no existir una consistencia entre la parte cuantitativa y cualitativa de esta investigación, creo que se abre una brecha importante para seguir investigando este tema que a mi parecer, aun tienen muchos elementos por examinar y trabajar.

## LIMITACIONES

En la actualidad es cada vez más frecuente encontrar a alguna persona que padece una discapacidad, entre ellas la parálisis cerebral, misma que es abordada en esta investigación, aun así realmente existen pocas investigaciones sobre el tema, siendo aún menos frecuentes aquellas que consideran los aspectos emocionales de padres y madres ante la presencia de un hijo con esta discapacidad.

Una de las limitaciones de la presente investigación fue el no poder trabajar con una muestra más significativa, debido a que en especial las madres de niños con parálisis cerebral severa, no podían asistir ya que se les dificultaba asistir a la institución, pues tenían que llevar a sus hijos, a falta de un apoyo que los cuidara en su ausencia, lo cual les era muy difícil, porque estos niños casi no se mueven y el asistir implicaba gastos y cansancio.

De igual manera tanto la entrevista como la aplicación del instrumento se limitó a una sesión, misma en la cual frecuentemente no se pudo trabajar de forma individual con la madres de los pequeños, puesto que sus tiempos eran muy limitados, ya que tenían que cumplir con demás actividades y no contaban con un apoyo para el cuidado de los mismos, situación que nos comunica y transmite varios puntos que fueron analizados en este trabajo.

Finalmente otra limitante en la realización de esta investigación, fue el no haber podido entrevistar y aplicar el instrumento Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO) a los padres de los pequeños, ya que por ser ellos los proveedores y tener que cumplir con un horario de trabajo, usualmente no asisten al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

## SUGERENCIAS

Con base en los resultados obtenidos en este trabajo, surge la necesidad de proponer un servicio de apoyo para las madres y padres de niños con parálisis cerebral, donde se brinde psicoterapia centrada en la superación del impacto emocional que surge ante la noticia del diagnóstico médico. Este apoyo puede enfocarse a la comprensión emocional de la problemática, con la finalidad de reducir las conductas de rechazo y sobreprotección para con sus hijos, así como evitar las conductas de aislamiento de la familia y fortalecer el yo de las madres y padres.

Debido a que la Inteligencia Emocional permite el desarrollo del ser humano y encierra habilidades que pueden ser constantemente mejoradas a lo largo de la vida, es importante considerar un taller sobre el tema, que les brinde a los padres y madres las herramientas que les permitan acceder a un mayor autoconocimiento, autoestima, empatía etcétera, así mismo les ayude a sentirse mejor con ellos mismos, lo cual repercutirá en los niños.

De igual forma es de suma importancia fomentar la comunicación entre la pareja, sobretodo en momentos de crisis, ya que al existir un conflicto en el sistema de comunicación, se llega a situaciones de aislamiento y desintegración que afectan tanto de forma individual, familiar y social. Por tal motivo es importante que los padres compartan sus sentimientos, que vivan sus tristeza, su enojo, que sepan escuchar pero también expresar, para que ambos y en pareja lleguen a acuerdos, encuentren soluciones, compartan sus responsabilidades, a fin de que ambos se involucren equitativamente en el cuidado y educación de los niños y en especial de los que padecen parálisis cerebral.

Y aunque el objetivo de este trabajo no es plantear lineamientos sobre la atención medica que se les da a las madres y padres de niños con parálisis cerebral, considero de vital importancia hacer un trabajo con el personal médico

a fin de sensibilizarlos sobre el dolor y las dudas más frecuentes que los padres y madres de estos pequeños tienen, ya que desafortunadamente en la actualidad los profesionistas de la salud dan diagnósticos de forma tajante, agresiva y poco empática; lo cual en muchos casos favorece que se generen sentimientos de minusvalía, culpabilidad y desesperanza.

Finalmente sugiero que tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento de alguna enfermedad, en este caso especificando la parálisis cerebral, no se pierda de vista que independientemente de la atención médica que se da al paciente identificado, recordemos que hay una familia, unos padres que en conjunto integran un sistema que se ha modificado y afectado su homeostasis; y, por consiguiente, como profesionistas de la salud mental, les brindemos la atención necesaria, ya que los padres y en el caso específico de esta investigación la madres son los pilares que estructuran y forman a sus hijos y si ellos no se sienten bien, si no son escuchados y atendidos, difícilmente va a existir una rehabilitación integral.

## REFERENCIAS

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. México: Prentice May.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On emotional quotient inventory: User's manual*. Toronto: Multi-health Systems.
- Bleichmar, B. (1991). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Calhoun, C. y Solomon, R. (1996) *¿Qué es una emoción?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Campero, M. y Lahud, M. (1981). *Temprana participación de la familia en el manejo y cuidado del niño con Parálisis Cerebral*. México: UNICEF.
- Cooper, R. y Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organization*. Nueva York: Grosset Putnam.
- Cortés, J.F.; Barragán, C, y Vázquez M.L. (2002). Perfil de Inteligencia Emocional: construcción, validez y confiabilidad. México: *Salud Mental*, 25, 005, 50-60.
- Costa, N. (1996). *Manual de pruebas de inteligencia y aptitudes*. México: Plaza y Váldes.
- Cruz M,; Pedrola, D. Castells, P. (1994). Parálisis cerebral infantil. *Tratado de pediatría*, 2:1861-1864
- Díaz, S. y Montes, S. (2005). *Taller formativo sobre inteligencia emocional*. Tesis de Licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología. México.

Epstein, S. (1998). *Constructive thinking: The key to emotional intelligence*. Westport: Praeger.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.

Feldman, R. (2002) *Psicología*. México: Mc Graw Hill.

Fernández, N. (2005). *La inteligencia emocional como factor que influye en la reincidencia de mujeres delincuentes del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología, México.

García, C. (2004). *Relación de la inteligencia emocional con los estilos de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología. México

Goleman, D. (1998). *La inteligencia Emocional*. Barcelona: Javier Vergara Editor

Gottman, J. (1997). *The heart of parenting: How to raise an emotionally intelligent child*. Nueva York: Simon & Schuster.

Henderson, C. (2004). The importance of emotional intilligence. *Britis Journal of Midwifery*. 12:10 604.

Kerlinger, F. (2001). *Investigación del comportamiento*. Madrid: Mc Graw-Hill

Krigger, K.W. (2006). Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician*; 73: 91-100

Kubler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.

- Ledesma, A. y Melero, M. (1989). *Estudios sobre las depresiones*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Mayer, J. y Salovey P. (1995). Emotional Intelligence and the construction and the regulation of feelings. *Applied and preventive psychology*, 4, pp.197-208.
- Mayer, J. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* . Nueva York: Basic Books.
- Mayer, J.; Caruso, D. y Salovey, P. (2000). *Selecting a measure of emotional intelligence: the case for ability scales*. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* . San Francisco: Jossey-Bass.
- Otfried, S. y Anthony, R. (1995). *Developmental Neuropsychology*. California: Oxford University Press.
- Palmero, F.; Fernández, E.; Martínez, F. y Choliz M. (2004). *Psicología de la motivación y emoción*. Madrid: Mc Graw-Hill
- Persico L. (2003). *Inteligencia Emocional*. España: LIBSA.
- Revé, J. (2003) *Motivación y emoción*. México: Mc Graw Hill.
- Robaina, C. y Riesgo, R. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto?. *Revista de Neurología*: 45(2): 110-117.
- Rodríguez, R. (2002). *La inteligencia emocional en las organizaciones*. Tesina de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México.

Salgado, K. (2003). *Influencia de la depresión materna en la rehabilitación del hijo con parálisis cerebral*. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México

Santucci, M. (2005). *Evolución psicosocial del niño con parálisis cerebral*. Buenos Aires: Brujas

Schutte, N. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*; 16(6): 769-785.

Shapiro, L. (1997). *How to raise a child with a higher EQ*. Nueva York: Harper Collins.

Slaski M. y Cartwright S. (2003). Emotional Intelligence training and implications for stress, health and performance. *Stress and Health*. 19: 233-239.

Shu Li, L. (2000). Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Exceptional Children*; 66(2): 201-218.

Vallés, A. (2001). *Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas*. Madrid: EOS

Weisinger, H. (1997). *Emotional intelligence at work*. Nueva York: Jossey-Bass

## ANEXOS

### PIEMO 2000

Cortés Sotres J.F., Barragán Velásquez C., Vázquez Cruz M.L.

Este perfil consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de respuestas. Fíjese en el ejemplo que aparece abajo.

Si la oración es **CIERTA** o, más o menos **CIERTA** para su persona o su forma de ser, rellene con el lápiz el círculo en la columna **C**, vea el ejemplo 1.

Si la oración es **FALSA** o, más o menos **FALSA** para su persona o su forma de ser, rellene con el lápiz el círculo en la columna **F**, vea el ejemplo 2.

Ejemplo 1

	C	F
1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ejemplo 2

	C	F
42	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Trate de ser **SINCERO CONSIGO MISMO** y use su propio criterio, **No deje sin contestar ninguna pregunta.**

Al marcar su respuesta en la hoja de respuestas, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de respuestas.

Rellene bien sus marcas, si desea cambiar alguna respuesta, borre completamente lo que quiera cambiar.

**AHORA ABRA SU FOLLETO Y COMIENCE**

## CUADERNILLO DE REACTIVOS

- 1 Me cuesta trabajo decir no
- 2 Siento compasión por mí
- 3 Se me dificulta expresar mis sentimientos
- 4 He llegado a golpear a alguien
- 5 Establezco relaciones duraderas con otros
- 6 Ayudo también a los desconocidos
- 7 Mantengo la calma ante las agresiones
- 8 Cambio fácilmente de opinión
- 9 Cuando me enojo no puedo hablar bien
- 10 Abandono las cosas al primer fracaso
- 11 Los retos me angustian
- 12 Fácilmente supero los obstáculos
- 13 Organizo bien mi tiempo
- 14 Me molesta que me critiquen
- 15 Soy muy impaciente
- 16 Huyo del compromiso
- 17 Me identifico fácilmente con los demás
- 18 He pensado en ayudar a los que no tienen nada
- 19 Digo lo que pienso sin medir las consecuencias
- 20 No termino una tarea cuando empiezo otra
- 21 Es más fácil expresarme por escrito que hablado
- 22 Iniciar una nueva actividad me produce ansiedad
- 23 Ante los fracasos me mantengo optimista
- 24 Soy persistente
- 25 Hay días que no me gusta como me veo
- 26 Me aprovecho de la gente tonta
- 27 Siento tristeza sin motivo alguno
- 28 Me es difícil llorar
- 29 Me comprometo a ayudar en situaciones que lo necesitan
- 30 Se me dificulta controlar mi ansiedad
- 31 Cuando estoy en una fiesta hablo poco
- 32 Soy fácil de convencer
- 33 Los problemas me quitan el hambre y el sueño
- 34 Ante el fracaso busco alternativas
- 35 Me gusta vencer los obstáculos
- 36 Me siento un ser despreciable
- 37 Soy culpable de lo que me sucede
- 38 En las relaciones de pareja me gusta dominar
- 39 Se me dificulta hacer nuevas amistades
- 40 Comparto lo que tengo con los demás
- 41 Tengo serias dificultades para controlar mi enojo

- 42 Acudo a fiestas
- 43 Cuando alguien esta furioso, espero a que se calme para poder hablar con él
- 44 Estoy satisfecho con mi vida
- 45 Abandono el trabajo o mis actividades por que me siento rechazado por todos
- 46 Siento que no merezco ser feliz
- 47 Soy la alegría de las fiestas
- 48 Reflexiono la mayor parte del tiempo
- 49 Solo convivo con la gente que conozco
- 50 Me gusta invitar a los amigos a mi casa
- 51 Cuando me siento lastimado, insulto demasiado
- 52 Se me dificulta expresar el miedo
- 53 Me molesta que tengan que decirme lo que tengo que hacer
- 54 Soy distraído
- 55 Me desespero con facilidad
- 56 Cuando me lo propongo, logro lo que quiero
- 57 No soporto los chistes hacia mi persona
- 58 Tengo miedo de fracasar
- 59 Con facilidad lastiman mis sentimientos
- 60 Me afecta la crítica de los demás
- 61 Añoro el pasado
- 62 Me siento inseguro ante los desconocidos
- 63 Cuando estoy en una fiesta me aísto
- 64 Mi impulsividad impide que logre mis metas
- 65 Estoy a la defensiva con toda la gente
- 66 Me gusta organizar fiestas
- 67 El futuro me preocupa
- 68 Mi vida ha sido exitosa
- 69 Soy cuidadoso cuando realizo un trabajo
- 70 En el trabajo soy cuidadoso y ordenado
- 71 Me preocupa que los demás hablen de mí
- 72 La gente sólo quiere aprovecharse de mí
- 73 Me asusto fácilmente
- 74 Me conmueve ver niños pidiendo limosna
- 75 Me dejo llevar con facilidad por mis impulsos
- 76 Cuando me enojo lloro
- 77 Soy indiferente al sufrimiento de los demás
- 78 Tengo la impresión de que algo horrible va a suceder
- 79 He tenido muchos fracasos
- 80 Impongo mi voluntad en mi casa, como con mis amigos
- 81 Mi vida es aburrida
- 82 He superado mis temores

- 83 Pienso que nadie me comprende
- 84 Soy muy posesivo con mis amigos
- 85 Prefiero trabajar solo
- 86 Cuando fracaso busco culpables
- 87 Cumplo mis promesas
- 88 Me molesta cuando alguien me grita
- 89 Tengo dificultad para comunicarme con los niños
- 90 Soy frío e insensible ante los demás
- 91 He dedicado parte de mi vida al trabajo, sin reconocimiento
- 92 En un juego prefiero ganar que perder
- 93 Se me dificulta ocultar el mal humor
- 94 Me deprimó cuando no alcanzo mis metas
- 95 Me preocupan los problemas de los demás
- 96 Percibo mi ambiente hostil
- 97 Hablar en público me pone nervioso
- 98 Me desespero cuando no logro mis metas
- 99 Prefiero quedarme callado, a decir lo que pienso
- 100 Soy buen vecino
- 101 Los problemas me agobian
- 102 Me gusta conocer gente de importancia por que eso me hace sentir importante
- 103 Soy celoso
- 104 Me falta energía para hacer las cosas
- 105 Utilizo bebidas alcohólicas para calmar mis penas
- 106 Me molesta la injusticia
- 107 Cuando cometo un error exploto
- 108 Invento enfermedades cuando tengo problemas
- 109 Me gusta explorar nuevos horizontes
- 110 Pierdo fácilmente el interés en los proyectos, cuando no hay un estímulo económico
- 111 Necesito que me digan lo que debo hacer
- 112 Me molesta que no se cumplan mis deseos
- 113 Ignoro a la gente agresiva
- 114 Cuando me enojo soy insoportable
- 115 Me gusta correr riesgos
- 116 Se me dificulta tomar decisiones
- 117 Soy poco tolerante con los niños
- 118 Cuando una persona humilde me toca, siento repugnancia
- 119 Cuando platico, fácilmente me peleo
- 120 Pienso demasiado para hacer las cosas
- 121 Confío en mis habilidades
- 122 Me gusta competir con los demás
- 123 Me molesta mi mal humor

- 124 Fácilmente me enfermo
- 125 Mis relaciones sociales son agradables
- 126 No puedo trabajar bajo presión
- 127 Soy considerado una persona tranquila
- 128 Soy educado con toda la gente
- 129 Impongo mi manera de pensar
- 130 Me conformo con lo que tengo
- 131 Reflexiono las consecuencias de mis decisiones
- 132 Lloro cuando veo que alguien sufre
- 133 La felicidad existe
- 134 Tengo dificultad para mantener las relaciones sentimentales
- 135 Ante la autoridad me siento inquieto
- 136 Me gusta hablar en público
- 137 Me agrada lo inesperado
- 138 Tengo buen humor
- 139 Fácilmente me contento
- 140 Soy optimista
- 141 Trabajo deprisa y con entusiasmo
- 142 Soy atractivo
- 143 Soy melancólico
- 144 Tengo dificultad para relacionarme con la gente
- 145 Estallo en furia fácilmente
- 146 Mi familia se siente abandonada
- 147 Lo que puedan sentir otros no me interesa
- 148 La gente conflictiva me busca
- 149 Mis comentarios ayudan a mejorar el trabajo
- 150 Cuando estoy triste aparento lo contrario
- 151 Evito enfrentarme a situaciones nuevas
- 152 Disfruto mi tiempo libre
- 153 Hago las cosas por compromiso
- 154 Estoy solo la mayor parte del tiempo
- 155 Es mejor no involucrarse con nadie
- 156 Cuando tengo problemas busco soluciones
- 157 Por cualquier insignificancia empiezo a llorar
- 158 Me enojo con facilidad
- 159 Me gusta ser reconocido
- 160 Al hablar soy muy expresivo
- 161 Culpo a los demás de mis errores

## PERFIL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

PERFIL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
PIEMO 2000®

Cortés Sotres J.F., Barragán Velásquez C., Vázquez Cruz M. L.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_ Edo.Civil \_\_\_ Escolaridad \_\_\_ Ocupación \_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_

	PUNTUACION ESTANDAR	INHIBICION DE IMPULSOS	EMPATIA	OPTIMISMO	HABILIDAD SOCIAL	EXPRESION EMOCIONAL	RECONOCIMIENTO DEL LOGRO	AUTOESTIMA	NOBLEZA	COEFICIENTE EMOCIONAL	SUMA DE PUNTUACIONES ESTANDAR
<b>Muy Alta</b>	16	24-25		28		14				130	117
	15	22-23		26-27	15-16	13		25-26	11	125	111
	14	20-21	17	25	14	12	24	23-24		120	105
<b>Alta</b>	13	18-19	18	23-24	13	11	22-23	21-22	10	115	99
	12	16-17	15	21-22	12	10	21	20	9	110	93
	11	15	14	19-20	11	9	19-20	18-19	8	105	87
<b>Media</b>	10	13-14	13	17-18	9-10	8	18	16-17		100	80
	9	11-12	12	15-16	8	7	16-17	14-15	7	95	74
	8	9-10	11	13-14	7	6	15	12-13	6	90	68
<b>Baja</b>	7	7-8	10	11-12	6	5	13-14	11	5	85	62
	6	5-6	9	9-10	5	4	11-12	3-10		80	56
	5	4	8	7-8	4	3	10	7-8	4	75	50
<b>Muy Baja</b>	4	2-3	6-7	5-6	2-3	2	8-9	5-6	3	70	44
	3	0-1	5	4	1	1	7	4	2	65	38
	2		4	2-3	0	0	5-6	2-3		60	31
	1		3	0-1			4	0-1	1	55	25