

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Dailys Suárez Iglesias*, Arelis Peñate Gaspar**,
Yaimy Crespo Martell***

RESUMEN

La investigación se desarrolló en el período de noviembre de 2006 a abril de 2007, con un grupo de personas que viven con VIH del municipio de Santa Clara, Cuba.

La muestra de 40 personas fue dividida a la mitad, en dos grupos, uno con diagnóstico de debut y otro con diagnóstico de más de un año. Fue pareada siguiendo en la medida posible las variables sociodemográficas: sexo, rango de edad, estado civil, variante sexual y diagnóstico.

La investigación intenta caracterizar la Inteligencia Emocional (IE) en personas que viven con VIH. En función de los objetivos, se emplearon las técnicas: Trait Meta-Mood Scale-24, Beck Depresión Inventory, Spielber State Anxiety Questionnaire, Mental Health, Escala de Satisfacción Vital, White-Bear Supresion Inventory.

Los resultados se analizaron de forma cualitativa y cuantitativa. La valoración estadística se realizó mediante el paquete SPSS, versión 13.0, permitiendo indagar si existían diferencias significativas entre los subgrupos muestrales estudiados.

Se hallaron diferencias significativas en la expresión de la inteligencia emocional entre ambos grupos, resultando más afectada en las personas del grupo con diagnóstico de debut. Se observó como hallazgo una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo que caracteriza la estructura de la IE. (Duazary 2009 I; 10-24)

Palabras clave: Inteligencia Emocional, Virus de Inmunodeficiencia Humana, depresión, ansiedad, salud mental, satisfacción vital, supresión de pensamientos.

ABSTRACT

This research was developed in the period of November 2006 to April 2007, with a group of persons who are living with HIV in the municipality of Santa Clara in Cuba.

The sample of 40 persons was divided into two groups, with a first group including a debut diagnosis and the other including a diagnosis for more than a year. It was realized following when possible the socio demographic characteristics: sex, range of age, marital status, sexual variant and diagnosis.

Through this research we pretend to characterize the Emotional Intelligence (EI) of people living with HIV. Taking into account the objectives, some techniques were applied, for example: Trait Meta-Mood Scale-24, Beck Depression Inventory, Spielber State Anxiety Questionnaire, Mental Health, Scale of Satisfaction Vital, White-Bear Suppression Inventory.

* Licenciada en Psicología. Profesora de la Universidad de Cienfuegos, Cuba.

** Licenciada en Psicología y Master en Psicología Médica. Psicóloga del Centro Provincial de Orientación y Educación para la Salud, Villa Clara, Cuba.

*** Profesor titular de la Universidad Central "Marta Abreu de Las Villas".



The results were analyzed from a qualitative and quantitative point of view. The statistic valuation was made by SPSS, version 13.0, to determine any difference both groups.

Significant differences were discovered when expressing the EI between both groups, being the debut diagnosis group the most affected. We could determine as something new, a positive and significant co relation in punctuation of CD4 and the characteristics of EI.

Key words: Emotional Intelligence, HIV, depression, anxiety, mental health, vital satisfaction, ruminative thinking.

INTRODUCCIÓN

La Inteligencia Emocional (IE) constituye la forma en que diferentes habilidades mentales, para usar y manejar las emociones propias y ajenas, pueden incrementar la probabilidad de adaptación exitosa de una persona a las diferentes circunstancias cambiantes que se presentan en la vida diaria. Aparece vinculada con todos los aspectos de la vida psicológica y trasciende las fronteras de la individualidad, siendo relevante en las relaciones humanas.

Según Goleman: *“El término de Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”*.¹

El tema de la Inteligencia Emocional (IE) toma auge en la década del 90 y en la actualidad constituye un eje central en diversos ámbitos: educación, arte, política, empresas y salud, donde se muestra como un potencial salutogénico.

Varios autores han teorizado que la inteligencia emocional puede llevar a grandes sentimientos de bienestar emocional y por tanto a tener mejor perspectiva de la vida. El desarrollo de la inteligencia emocional se asocia con menor depresión, mayor optimismo y una mejor satisfacción con la vida.

Un desempeño emocional inteligente en la vida es un factor protector ante eventos desconcertantes. Como señalara Goleman:

“Desde la perspectiva de la inteligencia emocional, abrigar esperanzas significa que uno no cederá a la ansiedad abrumadora, a una actitud derrotista ni a la depresión cuando se enfrente a desafíos o contratiempos. (...) el optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la desesperanza o la depresión ante

*la adversidad. Y, al igual que la esperanza, su prima hermana, (...) reporta beneficios en la vida (...).”*²

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

Precisamente el estudio de la Inteligencia Emocional en personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es novedoso tanto en el ámbito internacional como nacional, aunque muy necesario, dado el impacto e incremento que ha tenido esta infección en la población mundial.

A pesar de que en Cuba, la incidencia es la más baja de toda América (0.07%),³ y una de las más bajas de todo el mundo, en nuestro país se han diagnosticado hasta el presente (2007), un total de 9039 personas con VIH; el sexo femenino representa el 19% y el masculino el 81 por ciento, de los cuales han enfermado de SIDA un total de 3427. Estas cifras guardan estrecha relación con la existencia de los servicios de salud generalizados a toda la población gratuitamente. El sistema de pesquiasje de VIH vigente que ha permitido el diagnóstico temprano de los casos, la labor de la educación-prevención y la atención integral que se ofrece a las personas diagnosticadas en el orden clínico, nutricional y psicosocial.⁴

El VIH conlleva al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que se caracteriza fundamentalmente por la progresión de síntomas, secundarios al deterioro del sistema inmunológico.

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

De manera general en los sujetos afectados por el VIH, tanto en sus fases iniciales como en la fase terminal (donde aparece el SIDA) los aspectos psicológicos, físicos, sociales y existenciales se ven claramente alterados, con repercusiones negativas para su salud y su calidad de vida.

Es interesante como algunos autores que han abordado el VIH han destacado la importancia de desarrollar habilidades en estos sujetos que permitan una mejor adaptación a la "condición permanente" a la que se enfrentan con el fin de mejorar su calidad de vida. Para esto requieren por supuesto de una mejor estructuración de su IE.

Las personas con menor desarrollo de su IE son más propensas a sufrir emociones negativas como el estrés, la depresión, la ira, la ansiedad, entre otras. Estas emociones negativas debilitan la eficacia de las células inmunológicas y están relacionadas con el descenso de dicha actividad, manifestada por una disminución de la respuesta de linfocitos ante diferentes mitógenos, así como una menor cantidad de células T. B. o linfocitos granulares en sangre. Cuanta mayor reactividad simpática se muestre ante condiciones de estrés, mayor grado de inmunosupresión se producirá ante dicha situación estresora.

En cambio, una buena estructuración de la inteligencia emocional provee emociones positivas que producirán un impacto favorable en el sistema inmunológico. En el caso de las personas que viven con VIH, el desarrollo de la IE puede prevenir un diagnóstico precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a la vez que favorece adecuados niveles de autoestima, estados anímicos positivos⁵ y una mejor satisfacción con la vida.

Aunque en Cuba la incidencia de casos era la menor de América, la provincia de Villa Clara en el momento en que se realiza la investigación es la segunda del país en este indicador (precedida por Ciudad de La Habana) y el municipio de Santa Clara es el más afectado por el número de casos diagnosticados: 425 (de ellos fallecidos 160). Ello nos remite, partiendo de los argumentos antes expuestos, al problema científico y objetivos de la investigación:

12

¿Qué particularidades presenta la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una muestra de personas que viven con VIH del municipio de Santa Clara?

OBJETIVO GENERAL

Determinar las particularidades de la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una

muestra de personas que viven con VIH del municipio de Santa Clara.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Precisar si existen diferencias en la expresión de la estructura de la Inteligencia Emocional en un grupo con diagnóstico de debut y otro similar con una evolución de más de un año.
2. Describir la relación entre los componentes de la Inteligencia Emocional y las principales variables sociodemográficas.
3. Comprobar si la expresión de los elementos que conforman la inteligencia emocional se correlacionan con niveles de depresión, ansiedad, salud mental, satisfacción vital y rumiaciones del pensamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es necesario enfatizar en que para el desarrollo de esta investigación partimos del modelo de inteligencia emocional expuesto por Mayer y Salovey, el cual brinda un marco teórico y metodológico a muchos estudios realizados hasta el momento. La presente investigación se ha nutrido de los postulados de dicho modelo, y otros que han surgido a partir de este, como el modelo de Competencias de Goleman, permitiendo ambos una visión más amplia sobre la Inteligencia Emocional que ha servido para enriquecer nuestro trabajo.

Precisamente una de las pruebas más utilizadas en el estudio de la IE fue aportada por el Modelo de Salovey y Mayer. El Trait Meta Mood Scale, adaptado al castellano (TM-MS 24) por Fernández Berrocal, posibilitó un estudio más preciso de la muestra seleccionada, en tanto permite evaluar el metaconocimiento de las personas sobre sus habilidades emocionales, o lo que es igual, la Inteligencia Emocional Percibida (IEP).

La concepción metodológica aplicada durante la investigación está instrumentada desde una perspectiva que posibilita la combinación de estilos y métodos predominantemente cuantitativos pero que trascienden a interpretaciones y unidades de análisis cualitativas, lo que facilita procesos recurrentes para nuevas interpretaciones. Parte de un enfoque dialéctico y sistémico estructural en un estudio de tipo descriptivo transversal. En el proceso investigativo se utilizaron métodos del nivel estadístico (Tests chi-cuadrado: Pearson y Fisher, Test de Mann-Whitney, Test de Student, Test de Kruskal-Wallis, Análisis de varianza de Fisher-Levene, Tau-b de Kendall, SPSS



(Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versión 13.0, Estadística descriptiva), métodos teóricos (Método de análisis y síntesis, Método del análisis histórico y lógico) y métodos empíricos (Trait Meta-Mood Scale (TMMS); Beck Depresión Inventory (BDI); Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S); Mental Health (MH-5); Escala de Satisfacción Vital (SWLC); White-Bear Supresion Inventory (WBSI); estas pruebas han sido objeto de pilotaje y posterior aplicación en nuestro contexto (véase Casanova, 2004; Peñate, 2006; Jiménez, 2006).

Se delimitaron fases para investigación empírica, un primer momento se dedicó a la selección y descripción de la muestra. Posteriormente se procedió a caracterizar y comparar la IE en los subgrupos que conforman la muestra, analizando las posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional, el diagnóstico y las características generales socio-demográficas, así como procediendo al establecimiento de correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de la batería de pruebas psicológicas.

Se realizó un muestreo incidental casual. De un universo de 365 personas viviendo con VIH en el momento en que se emprende la investigación, se seleccionó una muestra conformada por 40 sujetos, divididos en dos grupos (conformado por 20 sujetos cada uno), uno con diagnóstico de VIH en su debut (diagnóstico 2006) y otro con evolución de 1 a 5 años (diagnóstico 2000-2005). La misma fue pareada en la mayor medida posible atendiendo a variables sociodemográficas como: sexo, rango de edad, estado civil, variante sexual y diagnóstico. Para lograr una mayor rigurosidad en la selección de la muestra se establecieron criterios de selección (diagnóstico de VIH en su debut y/o con más de un año de evolución; ausencia de alteraciones psicológicas a nivel psicótico y en el funcionamiento intelectual; ausencia de tratamiento psicofarmacológico; consentimiento informado: documento mediante el cual se le comunica a los sujetos el objetivo de la investigación y se le pide su aprobación por escrito a participar en la misma), así como criterios de exclusión (diagnóstico de VIH/SIDA, sujetos que deciden abandonar voluntariamente la investigación) y criterios de salida (sujetos que pueden fallecer).

Se delimitaron las siguientes variables para la realización del estudio con su correspondiente operacionalización: variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil, variante sexual, ocupación); CD4; Inteligencia Emocional (atención, claridad y reparación emocional); depresión; ansiedad; salud mental; satisfacción vital; supresión de pensamientos.

El procedimiento que se siguió en la investigación de manera general, comenzó por la recopilación de información acerca del tema en cuestión, por el estudio y selección rigurosa de los métodos y técnicas a emplear, así como la elaboración de los protocolos de recogida de información. Una vez que se contó con el consentimiento informado de las personas que conformaron la muestra se realizó un estudio minucioso de los datos contenidos en la Historia Clínica. Los sujetos se estudiaron de forma individual, en adecuadas condiciones éticas de privacidad y físico-ambientales. Para lograr una mayor efectividad en la exploración, la misma se llevó a cabo en horario vespertino, durante 4 sesiones de trabajo con cada grupo. Se estableció y mantuvo una adecuada empatía y la observación libre fue constante.

ÉTICA

La ética es un requisito indispensable en el accionar investigativo y práctico profesional del psicólogo. En la investigación se protegieron los derechos de los sujetos que participaron en la misma, partiendo en un inicio de la inclusión en cuanto a formar parte de la investigación mediante el consentimiento informado de los mismos, donde se refleja adecuadamente el respeto a su identidad, sus derechos, así como la importancia que reviste la investigación para los mismos y la comunidad científica (Ver Anexo #1, Consentimiento Informado).

RESULTADOS

Para exponer los resultados solamente tomaremos los gráficos y tablas que aportaron información significativa. Es necesario aclarar que posteriormente al análisis de los indicadores de la IE (atención, clarificación y reparación emocional) a través de su comparación en ambos grupos (resultando más significativa la atención emocional de modo que en el grupo con diagnóstico de más de un año, la estructura de la IE fue más favorable), se decidió buscar un constructo “único” que en cierto sentido resumiera los niveles de las tres dimensiones que caracterizan la estructura de la inteligencia emocional.

Hablamos aquí de “constructo” como sinónimo de “componente esencial”, “concepto subyacente” “variable no observada directamente”. No se trató de una selección de una de las variables “atención”, “claridad” o “reparación emocional”, sino de una combinación de ellas en una única variable, que fuese capaz de explicar la mayor parte de la varianza de la muestra.

De hecho tal constructo se concibió como la variable F determinada por el análisis discriminante anterior, pero esta expresión fue estimada tratando de distinguir los grupos que conocíamos de antemano, esto es con una técnica de “aprendizaje supervisado”. Intentamos encontrar el constructo con un aprendizaje no supervisado, para que ella resultase positiva, en los

casos de una estructuración de inteligencia emocional más adecuada, y negativa en el caso contrario, independientemente de en que grupo se encontrase el sujeto. Ello se logró con una técnica de análisis de componentes principales, teniendo la esperanza de que dicha técnica reportara que basta un solo componente principal para el logro de tal objetivo.

Tabla 1. Determinación de un constructo resumen que permita caracterizar la estructura de la inteligencia emocional, mediante Análisis de Componentes Principales.

Test KMO and test de Bartlett

Medida de adecuación de la muestra de Kaiser/Meyer-Olkin		749
Test de esfericidad de Bartle	Chi-cuadrado Aprox.	98.915
	gl	3
	Sig	000

Varianza total explicada

1	2.661	88.699	88.699	2.661	88.699	88.699
2	219	7.312	96.001			
3	120	3.989	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales

Matriz de componentes^a

TM-MS: Reparación emocional	959
TM-MS: atención	-940
TM-MS:Claridad	927

^a 1 componente extraída

Correlaciones reproducidad

	TM-MS:	TM-MS:	TM-MS: Reparación
Correlación reproducida TM-MS: Atención	883 ^a	-871	-901
TM-MS: Claridad	-871	858 ^a	888
TM-MS: Recuperación emocional	901	888	919 ^a

Los resultados principales del Análisis de Componentes Principales se muestran en la Tabla 1. Efectivamente, el test de Bartlett muestra que las variables están significativamente correlacionadas, lo cual es imprescindible para este análisis y la adecuación de la muestra (0.749 según la medida de Kaiser-Meyer-Olkin) declara que se pueden obtener resultados buenos. La siguiente subtabla demuestra que se puede conseguir un factor o componente principal que es capaz por sí solo de explicar el 88.70% de la variabilidad total de la muestra. La matriz de las componentes ilustra que a dicho factor contribuyen positivamente la reparación emocional (correlación 0.959) y la claridad (correlación 0.927) y negativamente la atención (correlación -0.940), todo lo cual se corresponde con lo que podíamos esperar para que dicho constructo tuviera valores mayores cuando la estructura de la inteligencia emocional fuera mejor y viceversa. La última subtabla demuestra que las

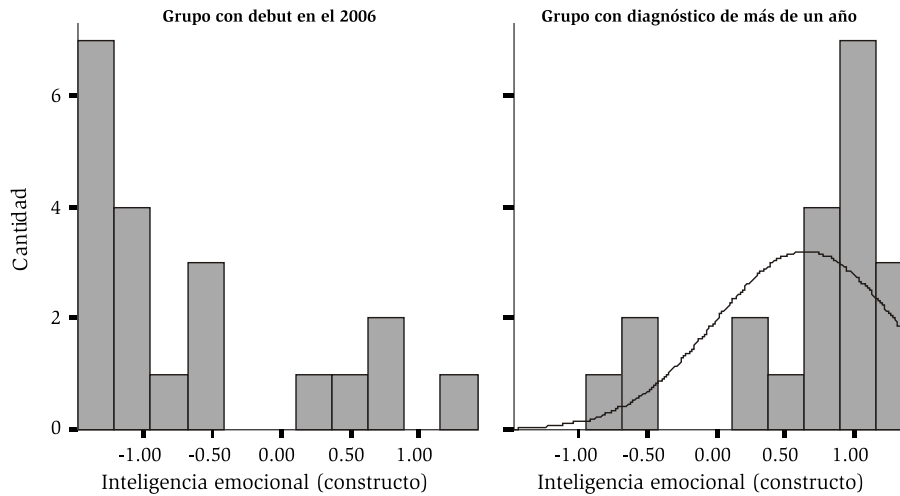
correlaciones iniciales entre las variables se mantienen cuando ellas se ven a través de los factores.

La información ofrecida en las correlaciones reflejadas anteriormente evidencian que la reparación y la claridad se correlacionan positivamente, mientras que concentrarse en la atención emocional ofrece correlaciones negativas que a nuestro juicio se asocia a la presencia de rumiaciones, pensamientos negativos de baja autoestima y otras manifestaciones de pensamientos y vivencian su estado de una manera pesimista, por el contrario la claridad emocional y la capacidad para repararse emocionalmente se ve beneficiada cuando la propia dinámica de la inteligencia emocional permite su empleo en aras de una actitud positiva ante la enfermedad (en este caso preferimos referirnos a “condición biológica permanente”), optimismo y bienestar.⁶

Tabla 2. Ilustración de los valores del constructo IE en los grupos.

Ilustración de los valores del constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional									
Grupo con debut en el 2006					Grupo con diagnóstico de más de un año				
Nro.	Atención	Claridad	RepEmo	Constructo	Nro.	Atención	Claridad	RepEmo	Constructo
1	20	35	35	1.2241	1	28	20	15	-0.7734
2	31	20	11	-1.0375	2	19	22	28	0.1825
3	35	22	23	-0.6208	3	20	30	30	0.7231
4	18	31	27	0.7522	4	18	26	33	0.6590
5	16	26	25	0.4396	5	18	33	32	1.0638
6	22	29	35	0.7681	6	16	30	37	1.1371
7	36	21	11	-1.1675	7	15	31	35	1.1647
8	27	25	15	-0.4191	8	17	26	33	0.6976
9	37	20	12	-1.2322	9	20	34	31	1.0126
10	38	19	12	-1.3339	10	19	33	34	1.0994
11	40	20	17	-1.1626	11	24	25	27	0.1417
12	40	22	12	-1.2218	12	16	26	25	0.4396
13	39	20	11	-1.3465	13	33	21	24	-0.5696
14	37	24	13	-0.9426	14	19	33	31	0.9881
15	26	26	30	0.2388	15	19	37	36	1.4260
16	40	20	10	-1.4222	16	17	25	36	0.7457
17	38	19	10	-1.4081	17	25	20	17	-0.5834
18	35	23	26	-0.4465	18	16	35	36	1.4156
19	37	20	14	-1.1580	19	17	31	33	1.0133
20	39	18	11	-1.4728	20	18	30	35	0.9857
Media	32.6	23.0	18.0	-0.6485	Media	19.7	28.4	30.4	0.6485
DesvEst	8.0	4.5	8.7	0.8600	DesvEst	4.5	5.2	6.2	0.6540

Estructura de la Inteligencia Emocional (constructo)



Test de muestras independientes

		Test de Levene para igualdad de varianzas		T-Test para igualdad de medidas						
		F.	Sig.	t	gl	Sig. (2 - colas)	Diferencia media	Error Est. de la diferencia	Intervalo de confianza 95% de la diferencia	
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Igualdad de varianzas asumidas	2.354	.133	-5.368	38	.000	-1.2969	.2416	-1.7860	-.8078

En la Tabla 2 se ilustran los valores de este factor, junto con el de las variables originales en cada sujeto de la muestra. Se puede observar claramente que el constructo es positivo cuando la atención es menor, la claridad es mayor y la reparación emocional también mayor. Es negativo en el caso totalmente opuesto. Además, ello es así, con independencia de los grupos y podemos entonces percibir las excepciones en estos. Por ejemplo, entre los sujetos con diagnóstico más reciente o de debut, predominan los casos con el valor del constructo negativo (media -0.6484), pero hay algunas excepciones, especialmente el caso 1 que efectivamente tiene niveles bastante bajos de atención y bastante altos de claridad y reparación emocional. Recíprocamente en los sujetos con diagnóstico de más de un año, predominan los casos con el valor del constructo positivo (media 0.6484), pero hay varias excepciones (casos 1, 13 y 17). Véase que todos ellos tienen o un nivel de atención alto o niveles de claridad y de reparación emocional bajos. Ellos son casos, que con el transcurrir del tiempo y el alejarse del evento negativo (impacto del diagnóstico), no han superado su estado inicial.

Los resultados medios del constructo por grupos se visualizan también en los gráficos.

Finalmente, las últimas subtablas demuestran que el valor de este constructo se diferencia significativamente entre los grupos. De hecho la diferencia entre los valores medios (0.6484 y -0.6484) es, según el test de Student, altamente significativa (significación 0.044 < 0.05) y la diferencia entre las desviaciones estándar (0.8600 y 0.6540) es, según el test de Levene, no significativa (significación 0.133 > 0.05). Esto quiere decir que como media, a los varios años se mejora la estructura de la inteligencia emocional, y de forma bastante homogénea entre todas las personas que viven con VIH.

En el grupo con diagnóstico de debut, las dimensiones de la inteligencia emocional se caracterizaron por una alta atención a sus emociones correlacionándose de manera significativa con valores bajos de clarificación y reparación emocional, por otro lado, en el grupo con evolución de más de un año la atención no fue tan elevada y se destacaron niveles altos de clarificación y



reparación emocional. La dimensión que más distingue a los grupos es la atención a sus emociones.

Estas diferencias en la estructura de la inteligencia emocional en ambos grupos se justifican si tenemos en cuenta que el impacto del diagnóstico de seropositividad es vivido como un evento vital negativo de repercusión limitante para la vida, que conlleva a un desajuste emocional donde priman percepciones de muerte que restringen sus aspiraciones en un “futuro incierto”. Sin embargo en las personas que han convivido más tiempo con el VIH (más de un año), debido a que la inteligencia emocional brinda posibilidades de reaprendizaje, crean estilos de afrontamiento más acertados para adaptarse a su condición permanente y aprender a vivir de un modo más inteligente desde el punto de vista emocional, garantizando una mejor calidad de vida.

Además de permitirnos sacar las conclusiones últimas (bastante precisas) la definición del constructo anterior, nos brinda una orientación o guía en el estudio de correlaciones de dicha estructura con otros factores, lo que responde a los siguientes dos objetivos del trabajo.

La relación encontrada entre IE y las variables sociodemográficas es muy variada, aunque no significativa. Existe una tendencia a una estructuración de la IE más favorable en el sexo masculino; en el nivel escolar de noveno grado y universitario, y en los homosexuales. En cuanto al estado civil y a la edad, tampoco se evidencian tendencias significativas, sin embargo respecto a esta última se observa que la atención a sus emociones tiende a disminuir en las personas de mayor edad cronológica mientras que la reparación emocional tiende a incrementarse.

Tabla 3. Posible relación de la estructura de la inteligencia emocional con la edad de los sujetos.

		Estructura de la inteligencia	
Tau_b de Kendall	Edad	Coefficiente de correlación	144
		Sig. (2-colas)	195

Correlación entre la edad y las componentes de la Estructura de la inteligencia emocional

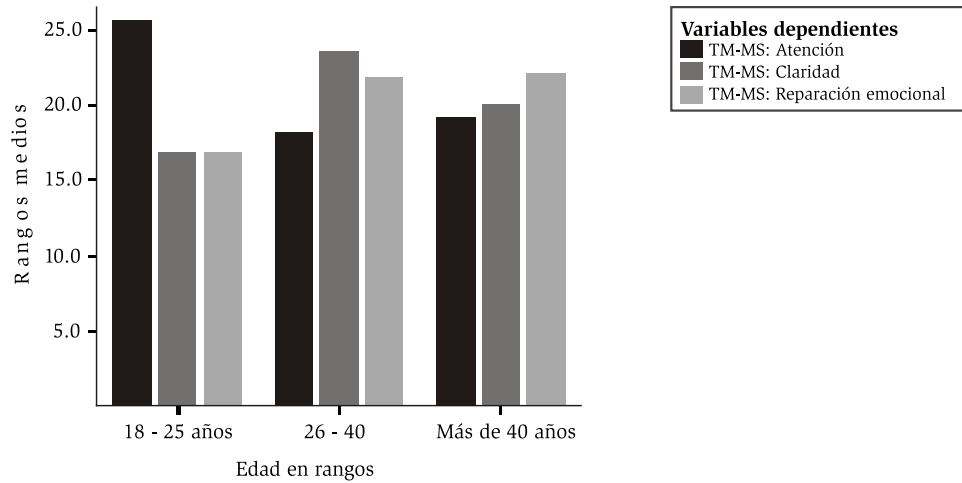
		TM-MS:	TM-MS:	TM-MS:
				Reparación
Tau_b de Kendall	Edad	Coefficiente de correlación	-218	146
		Sig. (2-colas)	055	204
				195
				086

Rango medios según el Test de Kruskal-Wallis

		Rango	
TM-MS: Atención	18-25 años	11	25.50
	26-40	16	18.16
	Más de 40 años	13	19.15
TM-MS: Claridad	18-25 años	11	16.82
	26-40	16	23.47
	Más de 40 años	13	19.96
TM-MS: Reparación emocional	18-25 años	11	16.86
	26-40	16	21.72
	Más de 40 años	13	22.08

Rangos medios según el test de Kruskal-Wallis

Estadístico: Rango medio



Test estadístico de Kruskal-Wallis

			TM-MS:	TM-MS:	TM-MS:
					Reparación
Chi-cuadrado	Sig.	Mínimo	2.841	2.176	1.480
gl	Intervalo de	Máximo	2	2	2
Sig. de Monte	confianza		247 ^a	340 ^a	485 ^a
Carlo	99%		236	327	472
			258	352	498

^a Basado sobre 1000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 221623949

En la tabla 3 se muestra también la relativa independencia de la estructura de la inteligencia emocional respecto a la edad. Realmente la correlación entre el constructo de inteligencia emocional y la edad no es significativa (significación 0.195 > 0.05). Tampoco son muy altamente significativas las correlaciones entre la edad y las dimensiones originales medidas por el TM-MS; pero aparecen correlaciones al menos medianamente significativas y por tanto interesantes (significaciones no menores que 0.05 pero menores que 0.10). Así, la atención tiende a disminuir con la edad (significación 0.055) y la reparación emocional tiende a incrementarse con la edad (significación 0.086).

Si se trata la edad en rangos, se muestra otra expresión de la tendencia descrita, aun cuando no sea tampoco estadísticamente significativa. En particular véase como los rangos medios de la atención tienden a decrecer con la edad mientras que los rangos medios de la reparación emocional, se incrementan con esta.

Lamentablemente no se tienen suficientes casos para corroborar estadísticamente esto.

Posteriormente al análisis del constructo IE con las variables sociodemográficas con las cuales no arrojó tendencias altamente significativas, se estableció la correlación entre el mismo, así como entre la estructura de la inteligencia con los resultados de las pruebas psicológicas para responder al tercer objetivo de la investigación.

Importantes son los resultados que expresaron las correlaciones entre la IE y las demás pruebas aplicadas. En el caso del grupo con diagnóstico de debut, se observan mayores niveles de depresión, ansiedad, y pensamientos rumiativos que entorpecen su ajuste emocional, evidenciándose alteraciones en su salud mental y su satisfacción vital. Resultados similares se han encontrado en investigaciones realizadas en pacientes con linfoma.⁷



Tabla 4. Correlaciones entre las pruebas psicológicas. Relación con la inteligencia emocional a nivel de constructo.

Coeficientes de correlación entre las pruebas psicológicas complementarias

			Depresión, (BDI)	Estado de Ansiedad, (STAI-E)	Salud mental, (MH-5)	Escala de satisfacción (SWB)	White Bear Suppression Inventory (WBSI)
Tau_b de Kendall	Depresión, medida por el Beck Depression Inventory (BDI)	Coefficiente de correlación	1.000	.530	-.252	-.545	.593
		Sig. (2-colas)	.	.000	.029	.000	.000
	Estado de Ansiedad, medido por el STAI-E	Coefficiente de correlación	.530	1.000	-.322	-.476	.591
		Sig. (2-colas)	.000	.	.005	.000	.000
	Salud mental, medida por el MH-5	Coefficiente de correlación	-.252	-.322	1.000	.394	-.220
		Sig. (2-colas)	.029	.005	.	.001	.055
	Escala de satisfacción vital, medida por el SWB	Coefficiente de correlación	-.545	-.476	.394	1.000	-.421
		Sig. (2-colas)	.000	.000	.001	.	.000
	White Bear Suppression Inventory (WBSI)	Coefficiente de correlación	.593	.591	-.220	-.421	1.000
		Sig. (2-colas)	.000	.000	.055	.000	.

Correlaciones entre las pruebas psicológicas y la estructura de la inteligencia emocional

			Estructura de la inteligencia emocional (constructo)
Tau_b de Kendall	Depresión, medida por BDI	Coefficiente de correlación	-.594
		Sig. (2-colas)	.000
	Estado de Ansiedad, medido por el STAI-E	Coefficiente de correlación	-.461
		Sig. (2-colas)	.000
	Salud mental, medida por el MH-5	Coefficiente de correlación	.247
		Sig. (2-colas)	.030
	Escala de satisfacción vital, medida por el SWB	Coefficiente de correlación	.461
		Sig. (2-colas)	.000
	White Bear Suppression Inventory (WBSI)	Coefficiente de correlación	-.675
		Sig. (2-colas)	.000

En la tabla 4 se estudian las correlaciones no paramétricas entre los resultados de las 5 pruebas. Queda claro en particular que:

- Puntuaciones altas en el BDI se corresponden con puntuaciones altas en el STAI-E y el WBSI (significaciones iguales a 0.000) y bajas en el test de salud mental y el SWB (significaciones 0.029 y 0.000 respectivamente).
- Puntaciones altas en el STAI-E se corresponden con puntuaciones altas en el BDI y el WBSI y bajas en el test de salud mental y la escala de satisfacción vital, todas con significaciones menores que 0.05.
- Puntuaciones altas en el test de salud mental se corresponden con puntuaciones bajas en el BDI (como antes ya se explicó), puntuaciones

bajas de la ansiedad (significación $0.005 < 0.05$) puntuaciones altas en la escala de satisfacción ($0.001 < 0.05$) y bajas en el WBSI (esto último de forma medianamente significativa, significación 0.055, no menor que 0.05 pero al menos menor que 0.10).

- Puntuaciones altas en la escala de satisfacción vital se corresponden con puntuaciones bajas en el BDI, el estado de ansiedad y el WBSI, mientras se asocian a puntuaciones altas en el test de salud mental.
- Finalmente, puntuaciones altas en el WSBI se corresponden con altas en el BDI y el STAI-E y bajas en el SWB y el MH-5, esto último de forma medianamente significativa como antes se explicó.

Por otra parte en la misma tabla se observan las correlaciones entre la estructura de la inteligencia



emocional medida por nuestro constructo y las cinco pruebas anteriores. Según esta tabla hay una fuerte correlación con el estado de depresión medida por el BDI, el estado de ansiedad y el WBSI (todas altamente significativas y por supuesto correlación negativa), y hay correlación positiva con el estado de salud mental y la escala de satisfacción vital (también significativas).

Investigaciones sobre inteligencia emocional percibida reportan importantes correlaciones. Altas puntuaciones en IE se han asociado con una mejor recuperación ante eventos negativos;⁸ menor nivel de estrés ante estresores;⁹ mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones

interpersonales así como menores niveles de estrés;¹⁰ mayor satisfacción vital,^{11,12,13,14} menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva; menor número de pensamientos de venganza y de enfado tras un conflicto¹⁵ y mejor calidad de vida relacionada con la salud física y mental,¹⁶ entre otros.

Resultados adicionales sobre el nivel de inmunidad de los sujetos.

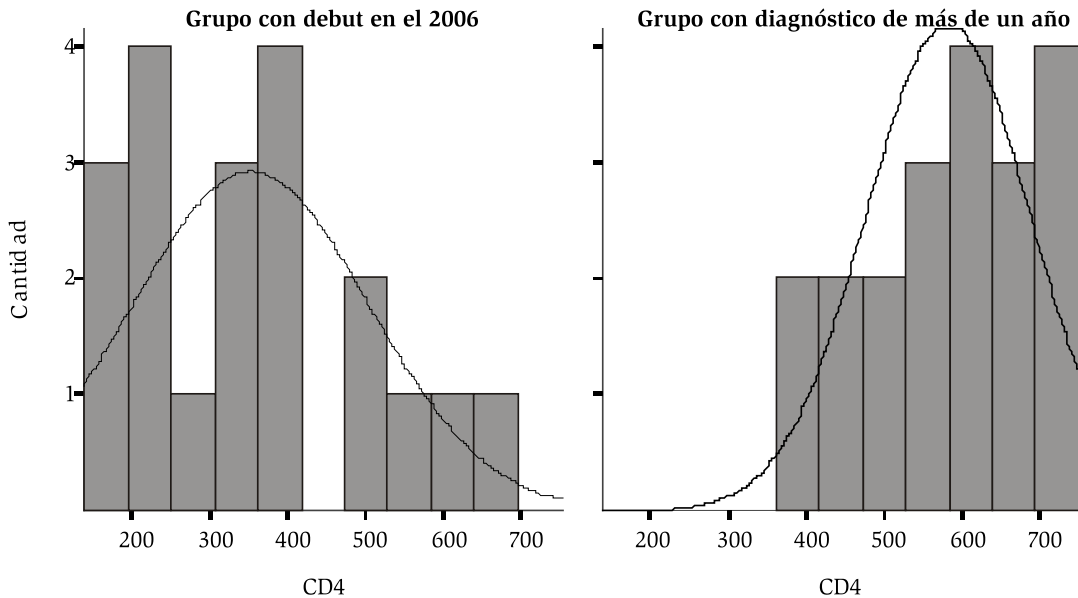
Aunque no formaba parte de los objetivos iniciales del trabajo, se comentan algunos resultados hallados en relación con el nivel de inmunidad, medida por el CD4 en los sujetos de ambos grupos.

Tabla 5. Nivel de inmunidad, medida por el CD4, en los pacientes de ambos grupos.

Estadísticas descriptivas

		N	Media	Desv. estandar	Error Est. de la Media
CD4	Grupo con debut en el 2006	20	352.70	151.545	33.887
	Grupo con diagnóstico de mas de un año	20	581.55	105.427	23.574

Nivel de inmunidad



Significación de la igualdad de varianzas = 0.087 y de la igualdad de medias = 0.000



Rangos medios según el test de Mann-Whitney

		N	Media	Suma de rangos
CD4	Grupo con debut en el 2006	20	12.78	255.50
	Grupo con diagnóstico de mas de un año	20	28.23	564.50

U de Mann-Whitney	Mínimo	45.500
W de Wilcoxon	Máximo	255.50
Sig. de Monte Carlo (2-colas)	Sig.	.000 ^a
	Intervalo de confianza 99%	.000
		.000

^a Basado sobre 1000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 2000000

La Tabla 5 muestra los estadísticos descriptivos de esta medición. En particular se observa que en el grupo con diagnóstico de más de un año, el CD4 arroja puntuaciones medias en rangos mayores y también con una menor desviación estándar (esto es, más homogénea entre los sujetos). La distribución gráfica es clara también en este sentido y la diferencia entre los grupos se comprueba con un test de Mann-Whitney que acusa efectivamente rangos mayores del CD4 en el grupo con diagnóstico menos reciente.

Estos resultados se relacionan con el impacto de seropositividad como evento que marca un desajuste emocional en estos sujetos, generándoles altos índices de depresión, ansiedad y estrés que repercuten en los CD4.

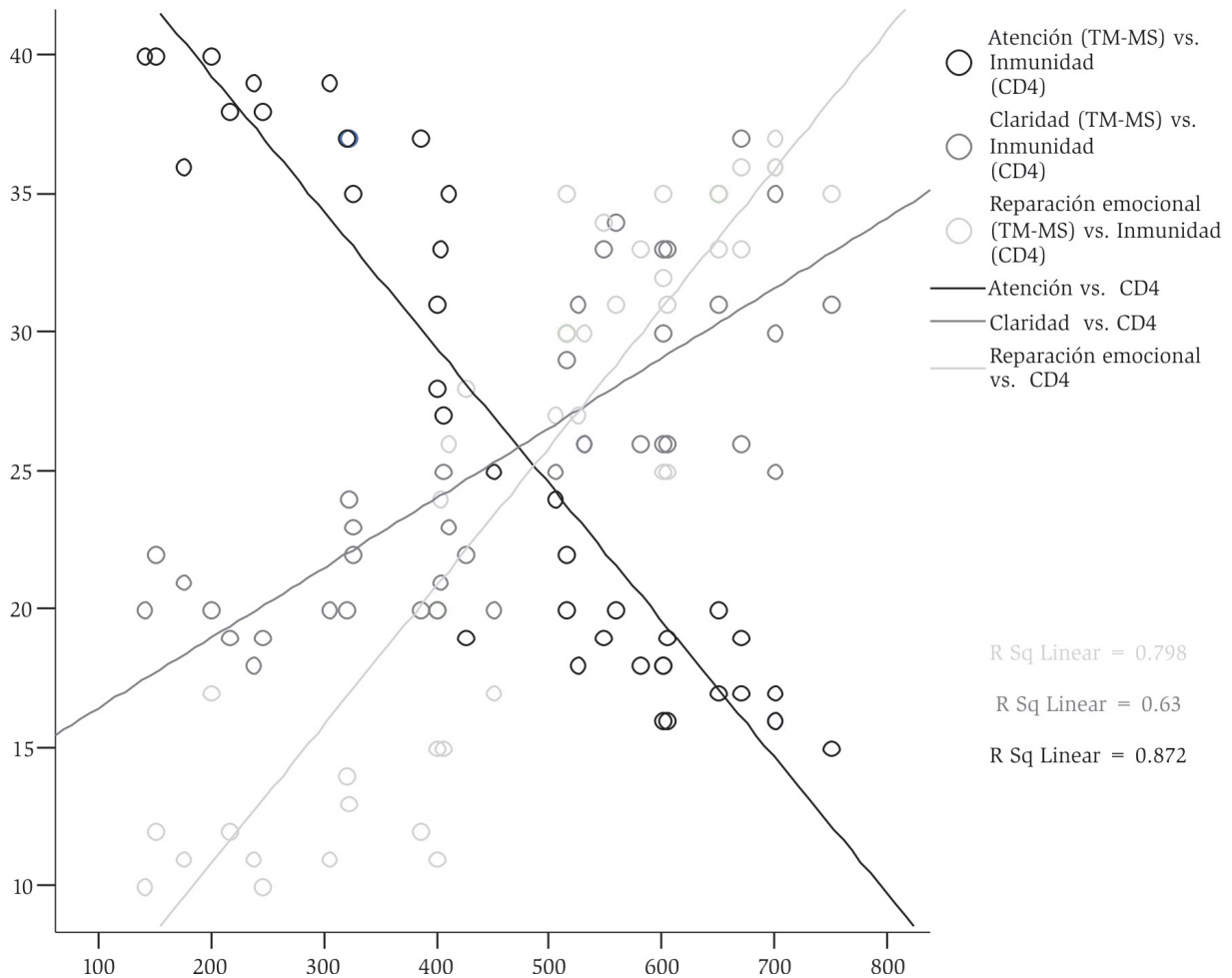
Estudios en la Psiconeuroinmunología sugieren que los citados factores (ansiedad y depresión), pueden tener un importante papel en la progresión de la infección por VIH e incluso que en personas con un diagnóstico de seropositividad reciente, pueden exacerbar la inmunosupresión inducida por el virus, provocando un rápido deterioro de los parámetros inmunológicos como los CD4.¹⁷

El hecho de que estas personas conozcan que se encuentran infectados por el virus, puede ser un factor estresante suficiente para producir un estado de inmunodepresión capaz de incrementar el grado de vulnerabilidad a la acción del virus y de favorecer la enfermedad.¹⁸

Tabla 6. Posible correlación de la inmunidad de los sujetos con la estructura de la inteligencia emocional

			Estructura de la inteligencia
Tau_b de Kendall	CD4	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	.762 .000

			TM-MS:	TM-MS:	TM-MS: Reparación
Tau_b de Kendall	CD4	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	-.818 .000	.635 .000	.747 .000



En la Tabla 6 se muestra que hay una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional. De hecho, a nivel de dimensiones, altos valores del CD4 se corresponden de forma altamente significativa con bajos valores de la atención y altos valores de la claridad y la reparación emocional.

En las personas que viven con VIH, en la literatura consultada, hasta el momento no se ha investigado la estructura de la inteligencia emocional ni su posible relación con los CD4. Pero lo cierto es, que numerosas estudios han evidenciado que el desarrollo de la IE se asocia con menores niveles de depresión, ansiedad y estrés, y viceversa;¹⁹ así como la influencia que estos estados emocionales negativos ejercen sobre los CD4.

Otros investigadores han hallado que las personas deprimidas presentan una mayor disminución de la tasa de CD4;^{20,21} mientras los síntomas de estrés y depresión

producen cambios en medidas del sistema inmunitario sobre todo cuando se presentan conjuntamente.^{22,23,24,25}

Basándonos en que la IE supone la habilidad esencial de regular las emociones y por tanto, interrumpir emociones negativas prolongadas como la ansiedad, el estrés, la depresión, los cuales a su vez influyen negativamente sobre los CD4, puede presuponerse que una adecuada estructura de la IE favorece el estado inmunológico (CD4) de los sujetos. En el caso de las personas que viven con VIH, la anterior correlación puede establecerse siempre y cuando se tome como un criterio de exclusión la presencia de enfermedades oportunistas, y se tenga en cuenta que la IE puede mejorar la calidad de vida de estas personas pero no evitar que desarrollen la enfermedad (SIDA) y lleguen a la muerte. Sin embargo, reiteramos nuestra consideración en base a que estas suposiciones sean investigadas en las personas que viven con VIH, con el afán de que se obtengan resultados que favorezcan la salud de estas personas.

Estos resultados preliminares sugieren realizar un estudio prospectivo para investigar con más detalle, cómo evoluciona el estado inmunológico y como se estructura la inteligencia emocional en la medida que transcurren más años del diagnóstico, alejándose los sujetos del evento que representa el impacto del diagnóstico de seropositividad. Es de esperar que las tendencias aquí halladas puedan invertirse en la medida que se avanza un poco más a la enfermedad (SIDA) y sus consecuencias sobre la inmunidad de los sujetos.

De manera general, las consideraciones anteriores acerca del análisis de los resultados, evidencian la relación existente entre la forma en que las personas perciben sus estados emocionales y los niveles de ajuste emocional. Sin dudas, el desarrollo de la IE favorece una autorregulación más eficiente de la personalidad, a la vez que constituye un potencial salutogénico. Para las personas que viven con VIH, aún cuando no impide el advenimiento del SIDA la muerte es una estrategia prometedora que ofrece habilidades emocionales básicas que garantizan factores protectores ante la progresión del virus.

CONCLUSIONES

Se constató la existencia de diferencias significativas en la expresión de la inteligencia emocional entre ambos grupos, resultando más afectada en las personas del grupo con diagnóstico de debut.

La estructura de la inteligencia emocional en las personas del grupo al debut se caracterizó por un elevado nivel de atención a sus emociones y sentimientos, elevada incidencia de los estilos rumiativos en el afrontamiento a las exigencias vitales, así como por una disminución de la capacidad para clarificar y reparar las emociones y sensibles dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales.

Se comprobó que no existe una relación estadísticamente significativa entre los componentes de la inteligencia emocional y las principales variables sociodemográficas estudiadas.

Las dificultades encontradas en el metaconocimiento de los estados emocionales correlaciona con elevada incidencia de estilos rumiativos en el afrontamiento de exigencias vitales, ansiedad y depresión y con afectaciones en la salud mental y la satisfacción vital.

Se observa como hallazgo una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo

que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional. Altos valores del CD4 se corresponden de forma altamente significativa con bajos valores de la atención y altos valores de la Claridad y la Reparación emocional.

RECOMENDACIONES

Profundizar en el estudio de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH para una mayor comprensión de su influencia en el estado de salud de las mismas. Conociendo la importancia de una adecuada estructuración de la inteligencia emocional para el bienestar biopsicosocial de las personas y en particular para las personas que viven con VIH, se hace necesario desarrollar estrategias de intervención que potencien la adquisición de habilidades emocionales en las mismas para enseñarles a vivir con su “condición permanente” de un modo más humanizado y con mayor calidad de vida.

Valorando el potencial de la inteligencia emocional en la prevención de diversas enfermedades, se enfatiza en la necesidad de formar al personal médico y paramédico en la adquisición de habilidades emocionales para desarrollar su labor asistencial.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, con un claustro de profesionales abnegados y una excelente labor de formación y tutoría académica y científico práctica, a nivel de pregrado y postgrado.

También al Centro de Orientación y Educación para la Salud, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, por su asesoramiento en el transcurso de esta investigación.

Por último queremos destacar el apoyo de las personas que viven con VIH, que posibilitaron el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Goleman D. La Inteligencia Emocional. 2da ed. México: Javier Vergara Editor; 1995:25.
2. Goleman D. La Inteligencia Emocional. 2da ed. México: Javier Vergara Editor; 1995:113-114.
3. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Diciembre 2005. Ginebra: UNAIDS 2005. (<http://www.unaids.org>).
4. Bermúdez O. La Representación Social del Sida en adolescentes riesgos [tesis de licenciatura no publicada]. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas.; 2006.
5. Schutte NS, Malouff JM., Simunek M, McKenley J, Hollander S. Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion* 2002;16:769-785.

6. Damasio AR. El error de Descartes. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo; 2004.
7. Peñate A. Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes con diagnóstico de Linfoma [tesis de Maestría no publicada]. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas.; 2006.
8. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In Pennebaker JW. (Eds.). Emotion, disclosure, and health. Washington: American Psychological Association; 1995.
9. Goldman SL, Kraemer DT, Salovey P. Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 41: 115-128.
10. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health* 2002; 17: 611-627.
11. Fernández-Berrocal P, Ramos N, Extremera N. Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología* 2001; 70: 79-95.
12. Fernández-Berrocal P, Ramos N, Orozco F. La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva. *Toko-Ginecología Práctica* 1999; 59: 1-5.
13. Martínez-Ponz M. The relation of emocional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality* 1997; 17: 3-13.
14. Palmer B, Donaldson C, Stough C. Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences* 2002; 33: 1091-1100.
15. Sukhodolsky DG, Golub A, Cromwell EN. Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences* 2001; 31: 689-700.
16. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes. *Interpsiquis* 2004: 1-6.
17. Burack JH, Barret DC, Stall RD, Chesney MA, Ekstrand ML, Coates TJ. Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *JAMA* 1993; 270: 2568-2573.
18. Bayés R. Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 1988; 4(1): 7-29.
19. Schutte NS, Malouff JM, Simunek M, McKenley J, Hollander S. Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion* 2002; 16: 769-785.
20. Perry S, Fishman B, Jacobsberg L, Frances A. Relationships over 1 year between lymphocyte subsets and psychosocial variables among adults with infection by human immunodeficiency virus. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 396-401.
21. Rabkin J, Wagner G, Rabkin R. Fluoxetine treatment for depression in patients with HIV and AIDS: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 101-7.
22. Leserman J, Petitto JM, Perkins DO, Folds JD, Golden RN, Evans DL. Severe stress, depressive symptoms and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men. *Archives General of Psychiatry* 1997; 54: 279-285.
23. Leserman J, Jackson ED, Petitto JM, Golden RN, Silva SG, Perkins DO, et al. Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med* 1999; 61: 397-406.
24. Leserman J, Petitto JM, Gu H, Gaynes BN, Barroso J, Golden RN, et al. Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychol Med* 2002; 32: 1059-73.
25. Leserman J. HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 295-306.

voluntaria para el estudio de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH del municipio Santa Clara que se encuentran vinculados al Sistema Nacional de Salud. Usted ha sido seleccionado para conformar nuestra muestra, es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio. Se le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar tiene el derecho de abandonarlo en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectará su acceso a la atención médica futura. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Declaración voluntaria: He entendido el propósito de ese estudio, he leído la información que me brindaron y he tenido la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente a participar en dicha investigación, ya que de esta forma contribuyo a mi bienestar y el de otros.

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

24

Universidad Central Marta Abreu de Las Villas

Título: La Inteligencia Emocional en personas que viven con VIH.

Mediante este documento pedimos su colaboración

