

# Inteligencia emocional y su relación con los Trastorno de Ansiedad Generalizada

Maria Laura San Martín

Universidad de Palermo

**Palabras clave:** Inteligencia Emocional-Trastorno de Ansiedad Generalizada-Grupo clínico – Grupo poblacional-

## **1– Introducción**

El presente trabajo esta basado en la experiencia preprofesional realizada en el Hospital Francés de la ciudad de Buenos Aires, donde la autora de este trabajo realizo la practica V en el primer cuatrimestre del año 2006.

La misma se encuadra dentro de las actividades desarrolladas en el Servicio de Psiquiatría, en el área de Trastornos de Ansiedad y del Estado de Animo.

Durante la práctica realizada se observó una alta prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) ya que la mayoría de los pacientes que consultaban por un trastorno de ansiedad, eran diagnosticados con TAG.

A partir de lo observado y de la participación en los talleres de ansiedad promovidos por dicho nosocomio, en los pacientes con TAG se evidenció cierta dificultad en el control de las emociones y la conciencia de sí mismo. Esto se podría relacionar con el concepto de Inteligencia Emocional (IE).

El tema que se presentará a lo largo de este trabajo es la Inteligencia Emocional (IE) y su relación con los Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG). Se investigará la Inteligencia Emocional para comprobar los recursos emocionales con los que cuentan los pacientes que padecen este trastorno.

### **1.1. Objetivos**

### **1.1.1-Objetivo general**

Este trabajo tiene como objetivo general evaluar la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de TAG.

### **1.1.2-Objetivos específicos**

- Comparar la IE entre el grupo con TAG y el grupo de comparación
- Determinar que componentes de la IE se encuentran más desarrollados en pacientes con TAG con respecto a la población general.
- Determinar que componentes de la IE se encuentran menos desarrollados en pacientes con TAG con respecto a población general

## **2 - Marco Teórico**

### **2.1.- La inteligencia a través del tiempo**

El estudio de la inteligencia puede ser dividido en seis etapas: estudios legos, estudios psicometricos, enfoque psicométrico, jerarquizacion, pluralización y contextualización ([cuadro 1](#)).

**Teorías legas:** Estas teorías marcan el interés que siempre ha existido por parte de la humanidad en conocer los atributos del hombre. Durante el desarrollo de dichas teorías, no hay una definición científica de la inteligencia; hombres tan diversos como Aristóteles, Platón y San Agustín se dan a la tarea de realizar estudios en relación con la mente (Zusne, 1957).

A pesar de no existir estudios sistemáticos sobre el tema, hay contribuciones importantes como la de Hobbes, quien define el proceso mental como el resultado del movimiento de los átomos del cerebro activados por movimientos externos del mundo. Con Kant se inicia el estudio del pensamiento cognitivo, y posteriormente Itard da una definición de inteligencia enfocada en la instrucción (Boring, 1950).

**Estudios psicométricos:** Su inicio, en la segunda mitad del siglo XIX, se caracteriza por los esfuerzos de los investigadores en tratar de establecer la psicología como una ciencia. Wundt en Alemania y W. James en Estados Unidos contribuyeron a este logro, ya que sus estudios estuvieron enfocados en buscar leyes generales del conocimiento humano (lo que hoy se conoce como procesamiento de la información). El estudio de las diferencias individuales hecho por sir Francis Galton (1862) fue determinante; en él destaca el talento, la eminencia y otras formas de logro. Galton elaboró los métodos estadísticos que permitieron clasificar a los seres humanos en términos de sus poderes físicos e intelectuales y correlacionar esas medidas entre sí. De hecho, Galton creía que se podía caracterizar a los individuos más refinados por sus capacidades sensoriales.

**Enfoque psicométrico:** Con el paso del tiempo, la comunidad científica concluyó que los estudios de Galton no eran contundentes y que era necesario orientar las investigaciones hacia capacidades más complejas o “molares”, como las que involucran el lenguaje y la abstracción, si se quería evaluar en forma exacta los poderes intelectuales humanos.

El primer “test de inteligencia” fue diseñado para el sistema de las escuelas públicas de Francia por Binet y Simon. El objetivo era identificar a niños retardados y también para ubicar a niños normales en sus niveles educativos apropiados. La primera escala se publicó en 1905 (Wolf, 1980).

En los 10 años siguientes se publicaron varias adaptaciones, siendo la más conocida la preparada por Terman en 1916 quien introdujo el concepto de CI (cociente intelectual) para indicar el valor numérico de la inteligencia.

El principal investigador en esta área fue Binet a principios del siglo XX, quien, junto con Simon, diseñó las primeras pruebas de inteligencia para identificar a niños retardados y también para ubicar a niños normales en sus niveles educativos apropiados. Esto ocurrió en 1905 por orden del Gobierno francés (Wolf, 1980).

A partir de dicha fecha se desarrollaron técnicas para valorar a la gente con fines específicos, como escolares, ocupacionales en las organizaciones, militares, entre otros. Para este último, Yerkes desarrolló, desde el proyecto United States

Army, Alpha Beta Testing Program, una batería de pruebas psicométricas que fueron utilizadas en la Armada de los Estados Unidos, lo que permitió clasificar al ejército en función del coeficiente intelectual de cada uno de sus integrantes (Franz, 1982; Zenderland, 1980). Hasta años recientes, la mayoría de los psicólogos estaban de acuerdo en que la valoración de la inteligencia constituía el máximo logro de la psicología. Pero no todos aceptaron esta posición como la última verdad. El psicólogo suizo Jean Piaget llegó a la conclusión de que los test no eran aptos para los niños, ya que éstos formulan un sistema simbólico a través de sus capacidades, lo que ocurre entre los 7 u 8 años, dándole oportunidad al menor de realizar operaciones concretas. Piaget tomó muy en serio cuestiones filosóficas y estaba influenciado en especial por Kant para realizar sus estudios. Piaget, a pesar de no estar de acuerdo con los enfoques psicométricos, nunca hizo críticas a los mismos (Fischer, 1980).

**Jerarquización:** Spearman (1927) y Terman (1975) son considerados como la primera generación de psicólogos de la inteligencia. Para ellos, la inteligencia es una capacidad general, única para formar conceptos y resolver problemas. Para estos autores la persona se comporta de manera inteligente en diversas situaciones. Las diferencias en los resultados de diferentes pruebas no son sino reflejo de un solo factor, formas en que se manifiesta la “inteligencia general” latente, lo cual es llamado jerarquización.

**Pluralización:** En la misma época en que Spearman y Terman consideraban un factor único de inteligencia, surgió la contraposición de Thurstone (1960) y Guilford (1967) quienes sostenían que la diferencia en las capacidades de una persona son el resultado de varios factores o componentes, relativamente independientes, de la inteligencia. Esto es conocido como “pluralización”.

**Contextualización:** Frente a estas dos posiciones surgió un nuevo enfoque propuesto por Catell (1971) y Vernon (1971). Para ellos, hay una relación jerárquica entre los factores, porque estiman que la inteligencia general (capacidad de razonamiento, habilidad verbal y numérica) domina sobre componentes más específicos (habilidades en imágenes espaciales, memoria mecánica, etc.). Esta visión es conocida como “contextualización”.

Actualmente existen diferentes corrientes en el estudio de la inteligencia, las cuales toman en cuenta los contextos en que viven y se desarrollan los seres humanos. Una influyente teoría de este tipo es la expuesta por Sternberg (1985), quien sostiene que la inteligencia está estrechamente vinculada con una amplia variedad de habilidades importantes para el funcionamiento efectivo en el mundo real.

Desde la misma perspectiva, Vygotsky (1978) estableció que el estudio de la inteligencia se ve premiado por las diferencias entre las culturas y las prácticas sociales, más que por las diferencias entre los individuos.

**Distribución:** Muy similar a la contextualización, recientemente surge este nuevo enfoque de visión distribuida, el cual se centra en la relación de la persona con las cosas, con los objetos, en su ambiente inmediato (este enfoque no toma en cuenta las estructuras ni los valores de un contexto o cultura). Formula que la inteligencia individual es tan coherente a los artefactos y a los individuos que la rodean como al cráneo que la contiene. Resnick et al. (1991) establecen que la inteligencia no termina en la piel, antes bien abarca las herramientas del ser humano (papel, lápiz, computadora), ya que éste posee una memoria documental (contenida en archivos, cuadernos, diarios) y una red de conocidos (compañeros de oficina, colegas, padres).

Es en este contexto teórico cuando surge Gardner con su teoría de las múltiples inteligencias (MI). Ésta tiene una gran influencia ya que toma en cuenta las diferencias surgidas en los perfiles de inteligencia de los individuos, dentro del ámbito educativo, e introduce los últimos hallazgos neurológicos, evolucionistas y transculturales. A partir de la teoría de las MI se marca un nexo entre inteligencia, ámbito y campo (Gardner, 2001).

En 1990, Salovey y Mayer utilizan la teoría de las MI y acuñan un nuevo término: inteligencia emocional (IE).

**Tabla 1. Desarrollo teórico de la inteligencia**

| Estudio                             | Autores Relevantes |          |             |             |        |      |
|-------------------------------------|--------------------|----------|-------------|-------------|--------|------|
| Teorías legas                       | Platón             | Hobbes   | Aristóteles | San Agustín | Itard  | Kant |
| Preludios de estudios psicométricos | James W.           |          | Wundt W.    |             | Galton |      |
| Enfoque psicométrico                | Binet              | Simon    | Piaget      | Yerker      |        |      |
| Jerarquización                      | Spearman           | Terman   | Cattell     | Vernon      |        |      |
| Pluralización                       | Thurstone          |          | Guilford    |             |        |      |
| Contextualización                   | Stenberg           | Vygotsky | Garner      |             |        |      |

## 2.2- Origen y desarrollo histórico de la IE

Thorndike propuso el concepto de la inteligencia social a partir de la ley del efecto, antecesora de la hoy conocida IE. Este mismo autor estableció además de la inteligencia social, la inteligencia abstracta y la inteligencia mecánica (Thorndike, 1920). Es de destacar que las décadas siguientes se vieron marcadas

por un silenciamiento teórico en el caso de la inteligencia, debido al auge del conductismo.

A partir de 1960 se observó un debilitamiento en las posturas conductistas, y se produjo la emergencia de procesos cognitivos. J.A. Marina (1993), experto en el área de las ciencias cognitivas, toma el valioso aporte de dichas ciencias pero postula que debería elaborarse una ciencia de la inteligencia humana, que tendría que desarrollarse holísticamente, no sólo enfocada hacia la razón, sino también provista de emociones. La idea de la inteligencia actual subyace en la “capacidad de adaptación” que proporciona. Sternberg (1997) establece que bajo la idea de la globalización (refiriéndose a la psicología), la inteligencia estaría muy vinculada con la emociones, la memoria, la creatividad, el optimismo y en cierto sentido con la salud mental

En 1983, Gardner publicó Estructura de la mente, donde reformula el concepto de la inteligencia a través de la teoría de las MI, bajo la cual se establece que los seres humanos poseen siete tipos de inteligencia y cada una es relativamente independiente de las otras. Estas siete inteligencias son las siguientes: inteligencia auditiva musical, inteligencia cinestésica-corporal, inteligencia visual-espacial, inteligencia verbal-lingüística, inteligencia lógico-matemática. Esta teoría introdujo dos tipos de inteligencias muy relacionadas con la inteligencia social de Thorndike: las inteligencias intrapersonal e interpersonal. Gardner, en 1995 incluyó la inteligencia naturista y en 1998 volvió a modificar su teoría de las IM, agregando un nuevo tipo, la inteligencia existencial.

En 1990, Salovey y Mayer estructuraron su concepto de IE a partir de las inteligencias intrapersonal e interpersonal de Gardner. Estos dos tipos de inteligencia expresarían la actividad de diferentes partes del cerebro. El intelecto se basaría únicamente en el funcionamiento de la neocorteza, las capas de la parte superior, evolucionadas en tiempos más recientes. Los centros emocionales estarían en la subcorteza, más antigua. La inteligencia emocional involucraría estos centros emocionales, trabajando de común acuerdo con los intelectuales.

Estos autores definían la inteligencia emocional en función de la capacidad de monitorear y regular los sentimientos para guiar el pensamiento y la acción. Las personas diferirían en su nivel de inteligencia emocional y se podrían

distinguir 5 aspectos fundamentales: la capacidad de comprender e integrar emociones con cogniciones, la capacidad de manejar tales emociones, la habilidad de controlar apropiadamente y regular las emociones y la habilidad de manejar las relaciones sociales.

La difusión fundamental del concepto de inteligencia emocional se debe al trabajo de Daniel Goleman, investigador y periodista del New York Times, quien llevó el tema al centro de la atención en todo el mundo, a través de su obra “La Inteligencia Emocional” (1995). Goleman plantea que este constructo es un complemento de la inteligencia cognitiva, que apunta a la capacidad de tomar conciencia de nuestras emociones, comprender los sentimientos de los demás, tolerar las presiones y frustraciones de la vida diaria, trabajar con facilidad en equipo y adoptar una actitud empática y social.

Para este autor, por lo tanto, el término "inteligencia emocional" se refiere a la capacidad de reconocer los propios sentimientos y los ajenos, de motivarse y de manejar bien las emociones, en si mismo y en las relaciones. La describe como una aptitud diferente, pero complementaria de la inteligencia académica (las habilidades puramente cognitivas medidas por el CI). Muchas personas de gran preparación intelectual, pero faltas de inteligencia emocional, pueden terminar trabajando a las órdenes de personas que tienen un CI menor, pero mayor inteligencia emocional.

Otro modelo avanzado de inteligencia emocional fue el propuesto por el psicólogo israelita Bar-On (1997). Este autor define la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales, que influyen en la capacidad para adaptarse y enfrentar las demandas especiales del medio. Asimismo, plantea que los componentes factoriales de este constructo se asemejan a los factores de la personalidad, pero a diferencia de éstos, la inteligencia emocional y social es modificable a través de la vida (Bar-On, 1997).



### **2.2.1-Fundamentación y desarrollo teóricos del modelo de Bar-On de la inteligencia emocional**

Bar-On describe la inteligencia emocional-social como capacidades emocionales y sociales, habilidades y facilitadores que afectan el comportamiento inteligente.

El trabajo temprano de Darwin (1837-1872) sobre la importancia de la expresión emocional para la supervivencia y la adaptación influyó el desarrollo del modelo de Bar-On. Este toma la importancia de la expresión emocional y ve el comportamiento emocional y socialmente inteligente en términos de adaptación eficaz y acertada. La influencia adicional en el desarrollo de este modelo se puede remontar a la descripción 1920 de Thorndike de la inteligencia social y de su importancia para el funcionamiento humano así como a las observaciones de Wechsler (1940) relacionadas con el impacto de factores no-intelectivos (no cognoscitivos) en lo referente al comportamiento inteligente. La introducción del concepto de inteligencia intrapersonal e interpersonal de Gardner, en 1983, dentro del contexto de inteligencias múltiples, tuvo impacto en el desarrollo de los componentes interpersonales e intrapersonales del modelo de Bar-On.

El modelo conceptual del Bar-On proporciona la base teórica y el acercamiento psicométrico para medir la IE en este trabajo. El EQ-i fue construido originalmente para examinar el constructo emocional y el funcionamiento social. El EQ-i se puede considerar una operacionalización del modelo de Bar-On. La estructura factorial y la validez del EQ-i proporcionan un método eficiente para examinar la estructura de la IE (Reuven Bar-On .org.)

El desarrollo del modelo conceptual y psicométrico de Bar-On de la inteligencia emocional-social procedió en etapas:

1. Identificar las capacidades que se concentraban en las habilidades y los facilitadores emocionales y sociales que afectan el bienestar humano
2. Definir las capacidades, las habilidades y los facilitadores que emergieron

3. Construir un instrumento experimental; EQ-i basado en una combinación de resultados estadísticos y de consideraciones teóricas.

Desde sus inicios el enfoque de Bar-On fue multifactorial, debido a la necesidad de ampliar las habilidades involucradas en la inteligencia no cognitiva. Bar-On propuso un modelo que se basaba en incrementar el rendimiento del individuo, planteando que lo primordial es el proceso, es decir, el desarrollo de la experiencia, antes que la orientación al logro.

### **2.2.2-Aporte fisiológico**

Es importante mencionar, que si bien el campo de IE como objeto de estudio fue desarrollado por psicólogos, existen importantes trabajos de base biológica, como los de LeDoux (1987, 2002), quien demuestra teórica y experimentalmente que la amígdala actúa como nexo entre el cerebro emocional y racional.

Asimismo, con ayuda de tecnologías como la resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones (TEP), han sido probadas las relaciones de la actividad del cerebro con las emociones de la razón, aportando información sobre cómo la emoción está representada en el cerebro y proporcionando hipótesis alternativas acerca de la naturaleza de procesos emocionales (Organization for Economic Cooperation and Development, 2000).

### **2.2.3-Investigaciones empíricas de la IE**

Buena parte de la investigación sobre el campo ha sido dominada por el interés en evaluar la IE, ya que se asume que todas las personas presentan diferencias individuales y por tanto tienen diferentes capacidades para atender a sus emociones.

Tanto en la literatura como en el mercado existen diversas pruebas (tests) que evalúan las diferencias individuales y los componentes de la IE. Dentro de dichos tests cabe mencionar dos tipos de modelos ya considerados como clásicos en la literatura sobre el campo: los mixtos (enfocados hacia la personalidad en relación con la IE) y de habilidades (basados en cómo se capta y utiliza la IE en el aprendizaje). Entre los mixtos se encuentran los desarrollados por Cooper y Sawaf, por Goleman y por Bar-On. En los de habilidades están los diseñados por Salovey y Meyer. A continuación se enumeran sus propiedades:

1. EQ-map, de Cooper y Sawaf (1997), compuesto por 21 escalas. Es considerado como un instrumento de 360° y aunque se opina que dicho instrumento tiene poca fiabilidad, es muy utilizado en el entorno administrativo de mandos medios en Estados Unidos y Canadá. Los autores refieren su modelo como un instrumento que permite una exploración de la IE a partir de aptitudes y vulnerabilidades personales de rendimiento para identificar patrones individuales e interpersonales para el éxito.

2. El modelo de Goleman presenta diez situaciones con cuatro alternativas, cada una enfocada al área de publicidad, mercadotecnia, servicio administrativo y servicio de imagen corporativa. Dicho modelo ofrece una evaluación de las potencialidades o fortalezas y sus correspondientes límites, enfocando la información hacia las competencias. Esta herramienta cubre el espectro total de las competencias emocionales que principalmente están presentes en el desempeño profesional a partir de proporcionar un factor general de IE (Goleman, 1995).

3. El modelo de Bar-On de inteligencia emocional-social describe la E-I como representativa de capacidades emocionales y sociales, correlacionadas con las habilidades y los facilitadores que afectan el comportamiento inteligente. El desarrollo del EQ-I procedió en seis fases durante 17 años: (i) identificando y lógicamente relacionando varias capacidades, habilidades y pensamiento emocionales y sociales de que afectan el funcionamiento humano y el bienestar psicológico basados en la experiencia y revisión clínicas de la literatura; (ii) claramente definiendo los grupos individuales dominantes de las capacidades y de las habilidades que emergieron; (iii) inicialmente generando aproximadamente 1.000 artículos basados en la experiencia clínica, revisión de la literatura y por experiencia médica ; (iv) determinando la inclusión de 15 escalas primarias y de

133 artículos en la versión publicada 1997 del instrumento basado en una combinación de consideraciones teóricas y de resultados estadísticos generados sobre todo por el análisis factorial

4. El modelo de Salovey y Mayer, conocido como Trait Meta-Mood Scale (TMMS), permite evaluar la IE valorando las cualidades más estables de la propia conciencia de las emociones y la capacidad para dominarlas. La TMMS evalúa las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de atención, claridad y reparación de estados emocionales. Consta de un total de 48 ítems en su versión extensa, con tres subescalas: atención a los sentimientos, 21 ítems; claridad en los sentimientos, 15 ítems, y regulación emocional, 12 ítems. Esta prueba tiene adecuados índices de consistencia interna y validez convergente. El test ha mostrado capacidad predictiva con respecto al ajuste emocional y la disposición de las personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes, pero hay que aclarar que este instrumento se desarrolló para el ámbito educativo, donde los sujetos de estudio fueron estudiantes de nivel superior (Salovey y Mayer, 1990).

Sobre la fiabilidad y predicción de estos modelos es relevante mencionar la investigación de Davies, Stankov y Roberts (1998), quienes en investigaciones del ámbito educativo encontraron dos graves problemas comunes: el primero, la poca fiabilidad de los instrumentos; en esta modalidad está el EQ Test de Goleman. Para muchos autores, la teoría de la IE debería estar basada en medidas objetivas más contundentes, tales como la percepción de emociones (identificación de colores, sonido, caras).

Conscientes de dichas limitaciones, Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden y Dornheim (1998) desarrollaron un instrumento de autoinforme de IE basado en el concepto de Salovey y Mayer que no presenta las limitaciones señaladas por Davies et al. (1998). Lamentablemente, el instrumento fue desarrollado para estudiantes universitarios ya que, como se verá a continuación, la mayor parte de la investigación ha estado enfocada al área educativa.

#### 2.2.4-Investigaciones experimentales de IE en el área educativa

A diferencia de otros ámbitos, las investigaciones empíricas sobre la IE en el campo de la educación han sido muy fértiles. Los trabajos realizados van desde las destrezas más elementales como la identificación de emociones en rostros faciales hasta las más complejas como regulación emocional en situaciones de estrés. Estas investigaciones han evaluado distintas habilidades como percepción de emociones, identificación de emociones y su relación positiva con la empatía, la emoción como facilitadora del pensamiento, relación entre la tarea y la emoción, conocimiento emocional y regulación de emociones entre otras.

En el estudio de la percepción de emociones se destaca el trabajo de Mayer, DiPaolo y Salovey (1990), quienes identificaron emociones a partir de estímulos visuales como expresiones faciales, colores y diseños abstractos entre estudiantes universitarios.

En la identificación de emociones y su relación positiva con la empatía, el estudio de Mayer, DiPaolo y Salovey (1990) mostró que si las personas al realizar el test tenían un estado de ánimo negativo, su percepción tendía hacia el efecto negativo en los estímulos presentados. En consecuencia, los investigadores concluyeron que para entender los estados emocionales de las personas que nos rodean se requiere previamente identificar sus emociones.

En los estudios sobre la emoción como facilitadora del pensamiento, Fernández- Berrocal y su grupo probaron que en tareas de tipo perceptivo, y en cuestiones complejas tales como el razonamiento y la solución de problemas, los estados emocionales determinan la forma en que se presenta la información (Fernández-Berrocal, 1995). Elliz y Ashbook (1988) y Oaksford, Morris, Grainger, Williams y Mark (1996) determinaron en su investigación que cuando la tarea es muy compleja y la emoción muy fuerte se produce un déficit en la ejecución.

Mayer y Salovey (1995) y Mayer y Geher (1996) estudiaron la capacidad de identificar emociones desde el discurso. A partir de sus investigaciones concluyeron que el conocimiento emocional proviene de una mayor sensibilidad a

las reacciones emocionales internas y externas del individuo, y que existe un amplio conocimiento de las conexiones entre pensamiento y emoción.

En las investigaciones sobre la regulación de emociones Josephson, Singer y Salovey (1996) realizaron un estudio de laboratorio partiendo del hecho de que algunas personas al experimentar emociones de carácter negativo recurren a estrategias para alcanzar estados emocionales de naturaleza positiva. En el referido estudio se analizó cómo los individuos recuperaban determinados recuerdos para reparar sus estados emocionales negativos. En otro trabajo sobre la misma línea, Martínez Ponz (1997) mostró la relación de la IE con la percepción personal de la calidad de vida, el dominio de tareas y la sintomatología depresiva. Bajo la misma óptica de investigación y con los mismos resultados se destacan trabajos realizados por Fernández- Berrocal, Alcaide, Domínguez, Fernández-Mc Nally, Ramos, Ravira, Jiménez de la Peña (1998) y Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco (1999).

A continuación se muestran los principales estudios internacionales en esta área de la IE, los cuales aparecen en la [tabla 1](#) (Extremera y Fernández Berrocal 2003) que presenta las investigaciones más relevantes, el ámbito de investigación, los autores del estudio, los instrumentos utilizados, los sujetos de estudio de cada investigación, el lugar geográfico donde se llevó a cabo y, en forma muy resumida, los resultados obtenidos.

Tabla 2. Resumen de investigaciones mas relevantes sobre IE en el ámbito educativo

| Ámbito de investigación | Fuente  | Instrumento  | Muestra                                   | Resultados  |
|-------------------------|---|--|---|---|
| Ajuste Psicológico      | Fernandez Berrocal,,Alcalde , Ramos(1999)     | Medida de autoinforme: Trait Meta-Moode Scale (TMMS) | Estudiantes adolescentes españoles de ESO | - Los alumnos depresivos presentan bajas puntuaciones en IE (baja claridad y reparación emocional), mayor ansiedad.   |
|                         | Ciarrochi,Chan y Bajgar(2001)                 | Medida de autoinforme : Schutte Scale                | Estudiantes adolescentes australianos     | - Los alumnos con alta IE presentaban mejores relaciones interpersonales, comportamientos mas adaptativos   |
|                         | Ciarroci,Chan Caputti (2000)                  | Medida de habilidad MEIS                             | Estudiantes Univ. Australianos            | - Alta IE con mayor empatía, mayor satisfacción vital y mejor calidad de las relaciones sociales  |
|                         | Salovey,Stroud, Woolery y Epel (2002)         | Medida de autoinforme: Trait Meta-Moode Scale (TMMS) | Estudiantes Univ. Americanos              | - Alta IE se relaciono con menos síntomas físicos, niveles más bajos de ansiedad y depresión, mejor autoestima, mayor satisfacción interpersonal y mayor utilización de estrategias de afrontamiento. |
|                         | Salovey,Mayer, Goldman,Turvey y Palfai (1995) | Medida de autoinforme Trasxz                         | Estudiantes Univ. Americanos              | - Alta IE se asocio con la recuperación más rápida y eficaz ante una emoción estresante inducida experimentalmente  |
|                         | Lopes ,Salovey y Straus (2003)                | Medida de habilidad MSCEIT                           | Estudiantes Univ. Americanos              | - Alta IE se relaciono correlaciones mas positivas con los amigos, mejor vínculo parental y menor número de conflictos e interacciones negativas con los amigos.                                      |
|                         | Ciarrochi,Dean y Anderson (2002)              | Medida de autoinforme : SchutteSce                   | Estudiantes Univ. Australianos            | - Alta IE se relaciono con respuestas al estrés con menos ideaciones suicidas y menos síntomas de depresión y desesperanza.   |

### **2.2.5-Investigaciones Experimentales de IE en el área clínica**

Trabajos dentro del campo de la psicología clínica han estudiado la incidencia que tiene la IE sobre el ajuste psicológico de los adolescentes (Fernández-Barrocal, Ramos y Orozco 1999).

BarOn en el manual del EQI, indica que los niveles de inteligencia emocional son mayores en población general comparados con población clínica (Bar-On, 1997). Sin embargo, no se diferencia entre grupos clínicos específicos. Las investigaciones en el área clínica sobre IE son prácticamente inexistentes.

### **2.3-Ansiedad y concepto de Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Los altos niveles de ansiedad, por lo general son productores de consecuencias nefastas para el individuo. Generalmente impiden y desorganizan el desenvolvimiento de las actividades de la vida, entorpecen la concentración, producen una disfuncionalidad del pensamiento, disminuyen a grandes rasgos la [autoestima](#) apareciendo signos de [depresión](#). Esto generaría alteraciones, no sólo en la persona, sino en la estructura de vida de [la familia](#) también.

Es difícil subestimar la importancia que tienen hoy día los Trastornos de Ansiedad, por lo que se hace necesario su estudio de manera más profunda y la elaboración de las vías para prevenirla, constituyendo la tarea principal de las [ciencias](#) encargadas de su estudio, llevar al enfermo por el camino de un [desarrollo](#) emocional sano.

Una reacción que originalmente es normal y útil para la supervivencia se desvirtúa al aumentar tanto en intensidad y frecuencia que, en lugar de ser un mecanismo útil y provechoso, se convierte en una fuente de sufrimiento y de incapacidad. Si esta respuesta desproporcionada se hace crónica se estaría ante un trastorno de ansiedad o trastorno de angustia.

Los síntomas suelen ser: palpitaciones, palidez, ganas de orinar, diarrea, sudor, temblor, dificultad para concentrarse, hablar o incluso para respirar. Lo



frecuente es que se combinen las crisis de ansiedad con el estado ansioso generalizado (Belloch et al. 1996).

Para el diagnóstico de este trastorno lo primero que se debe observar es que el sujeto haya estado padeciendo la mayoría de los días, por no menos de seis meses, de una ansiedad excesiva y sobrepreocupación en relación a una amplia gama de situaciones y actividades.

El Manual Diagnóstico y Estadístico 1997 de los trastornos mentales (DSM IV), comparte con Belloch (la definición de este trastorno, como así sus criterios diagnósticos y síntomas asociados.

Destaca también que al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La ansiedad esta asociada, muy frecuentemente, a preocupaciones excesivas (llamada expectación aprensiva). Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir.

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación, al despertarse, de sueño no reparador
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

**Tabla 3. Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad (Etcheburúa 1995)**

| Tipo de Trastorno                                 | Porcentaje Población |
|---|----------------------|
| Trastorno de Pánico sin Agorafobia                | 0,8 % - 1 %          |
| Trastorno de Pánico con Agorafobia                | 1,2 % - 3,8 %        |
| Fobias Específicas                                | 4,1 % - 7,7 %        |
| Fobia Social                                      | 1,7 % - 2 %          |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.)            | 1,6 % - 2,5 %        |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada (T.A.G.)       | 6,4 % - 7,6 %        |
| Trastorno de <a href="#">Estrés</a> Postraumático | 1 %                  |

**Tabla 4. Diferencia entre ansiedad normal y patológica (Etcheburúa 1995)**

|   | Ansiedad Normal  | Ansiedad Patológica  |
|---|--|--|
| Características Generales                   | Episodios poco frecuentes.<br>Intensidad leve o media.<br>Duración limitada. | Episodios repetidos.<br>Intensidad alta.<br>Duración prolongada. |
| Situación o Estímulo Estresante             | Reacción esperable y común.  | Reacción desproporcionada.                                       |
| Grado de Sufrimiento                        | Limitado y transitorio.  | Alto y duradero.   |
| Grado de Interferencia en la Vida Cotidiana | Ausente o ligero.  | Profundo   |

### 2.3.1-Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una [persona](#) normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas, aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente con preocupaciones excesivas por la salud, [el dinero](#), [la familia](#) o [el trabajo](#). Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG no parecen [poder](#) deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de [calor](#). Pueden sentirse mareadas o que les falta el [aire](#). Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta. (Echeburua ,1995)

Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión.

Por lo general, el daño asociado con TAG es ligero y las personas con ese trastorno no se sienten restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, resultando en dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o [adolescencia](#), pero también puede comenzar en la edad adulta. Es más común en las mujeres que en los hombres y con frecuencia ocurre en los familiares de las personas afectadas. Se diagnostica cuando alguien pasa cuando menos 6 meses preocupándose excesivamente por varios [problemas](#) diarios.

El TAG trae como consecuencia el deterioro en las relaciones sociales, laborales, académicas entre otras. Por lo tanto se podría decir que el individuo que padece este trastorno tendría dificultades en las relaciones consigo y con el entorno.

Es importante descartar que estos síntomas no sean debidos a la ingesta de algún tipo de sustancia ansiogénica: cafeína, anfetaminas o a una enfermedad médica (hipertiroidismo por Ej.).

### **3.-Desarrollo**

#### **3.1-Método**

##### **3.1.1 Tipo de estudio**

Para la realización de este trabajo se propuso un tipo de estudio descriptivo con diseño no experimental correlacional.

##### **3.1.2-Muestra**

###### **3.1.2.1 Grupo clínico: Características**

La muestra sobre la que se efectuó esta investigación fue de 29 pacientes adultos diagnosticados con TAG según criterio clínico, que asistieron para su tratamiento al Hospital Francés. La cantidad de hombres fue de 7 y la cantidad de mujeres 22. La edad promedio fue de 37 años (ds. 2.47).

La duración del tratamiento fue de 14 meses (ds.10.97).

Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 18 años de ambos sexos y que recibieron diagnóstico de TAG.

Los criterios de exclusión fueron: el abuso de sustancias, menores de 18 años y cualquier paciente con un diagnóstico principal que no sea TAG.

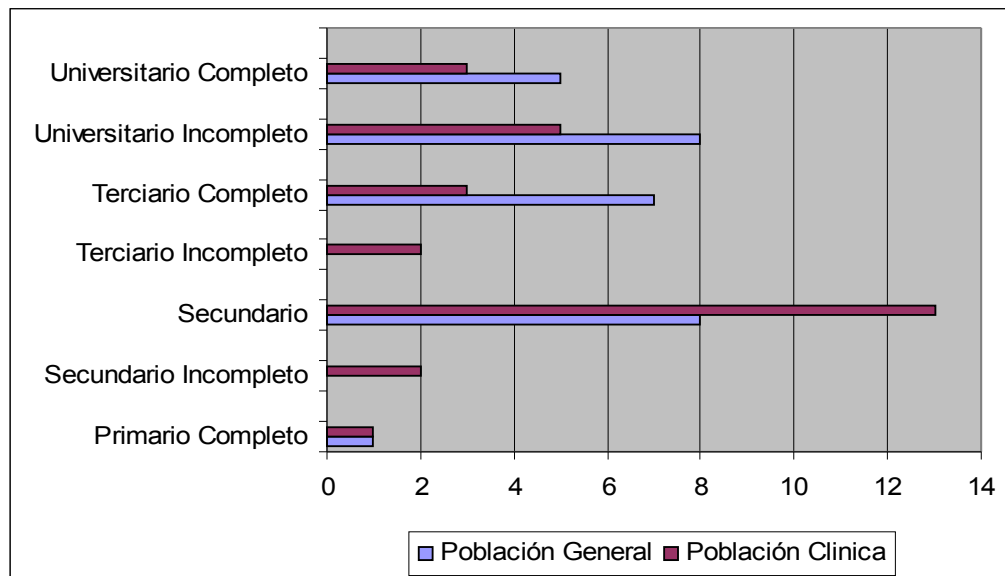
###### **3.1.2.2. Grupo de comparación: Características**

Se utilizó una muestra de comparación comprendida por 29 personas de ambos sexos. La cantidad de hombres fue de 7 y la cantidad de mujeres fue de 22, mayores de 18 años y con bajo nivel de ansiedad que no se encontraban en

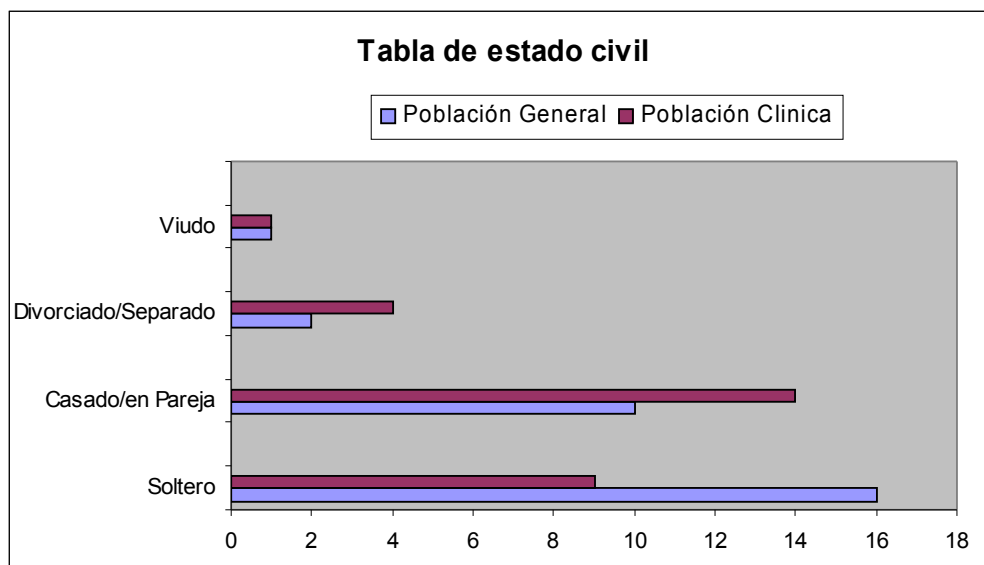
tratamiento psicológico o psiquiátrico y que las características tanto en educación, edad y sexo fueran similares a las características de la muestra clínica. La edad promedio de dicho grupo fue de 40 años (ds 2.42). Se realizó la prueba t de diferencia de medias para comparar las edades de ambas muestras, los resultados muestran diferencia de edad no significativa entre ambos grupos ( $t = -8.9$ ,  $gl = 56$ ,  $p = .38$ ).

En los siguientes gráficos comparativos se observan los niveles de estudios alcanzados y estado civil de ambos grupos.

**Tabla 5: Comparación del nivel de estudios alcanzados por ambos grupos**



**Tabla 6: Comparación de estado civil dado por ambos grupos**



### 3.1.3-Instrumento

#### 3.1.3.1-EQ-I

Se utilizó como instrumento el Inventario de Bar-On, EQ-I que comprende 133 ítems breves, empleando una escala de cinco puntos que fluctúa desde “rara vez o nunca es mi caso” hasta “con mucha frecuencia o siempre es mi caso”. Se estimó que el EQ-I es apropiado para individuos de más de dieciséis años, que presenten un nivel de comprensión lectora equivalente a sexto grado. Toma aproximadamente cuarenta minutos su administración.

El EQ-I da una puntuación total que comprende cinco componentes (divididos en quince subescalas de puntuación) estas son:

1. Intrapersonal EQ (CIA se compone de: comprensión emocional de sí mismo CM, asertividad AS, autoconcepto AC, autorrealización AR e independencia IN).
2. Interpersonal EQ (CIE se compone de: empatía EM, relaciones social RS y relaciones interpersonales RI)
3. Manejo del estrés EQ (CME se compone de: tolerancia al estrés TE y control de impulso CI)

4. Adaptabilidad EQ (CAD se compone de: pruebas de realidad PR, flexibilidad FL y solución de problemas SP)

5. Estado de ánimo en general EQ (CAG se compone de: optimismo OP y felicidad FE)

Los datos de la evaluación son automáticamente tabulados y convertidos en puntaje estándar, basados en una media de 100 y una desviación de 15. Esta estructura de puntuación es similar a varias mediciones de Inteligencia (IQ). Los puntajes EQ-I sobre el promedio apuntan a sujetos potencialmente efectivos en las funciones emocionales y sociales. Los puntajes altos son mejores predictores del funcionamiento efectivo en situaciones de presión y demandantes. Por otra parte, las puntuaciones más bajas sugieren una incapacidad para ser exitoso en la vida, teniendo problemas conductuales, emocionales y sociales. Las puntuaciones bajas en las subescalas tolerancia al estrés, control de impulso, pruebas de realidad y solución de problemas, son consideradas de mayor complejidad, ya que implican el entorno del sujeto.

La estructura de este modelo puede ser visto desde una perspectiva sistémica, que considera cinco componentes conceptuales de la inteligencia emocional y social, involucrando quince factores que se relacionan estadísticamente y que fueron medidos por Bar-On en el EQ-I.

Las quince subescalas del EQ-I son:

1. Autoconcepto (AC) es la habilidad de ser consciente de entender, aceptar y respetarse.

2. Comprensión emocional de sí mismo. (CM) es la capacidad de reconocer y comprender las propias emociones.

3. Asertividad (AS) es la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos, preservándolas de una manera no destructiva.

4. Independencia (IN) es la habilidad para dirigir y controlar los pensamientos y acciones, con el afán de ser libre de dependencias emocionales.

5. Autorrealización (AR) es la habilidad que posee el sujeto para utilizar sus fortalezas, con el objetivo de realizar acciones de su interés.

6. Empatía (EM) es la habilidad de comprender y apreciar concientemente los sentimientos de otros.

7. Responsabilidad social (RS) es la habilidad de sentirse miembro de un grupo social cooperando y contribuyendo a éste.

8. Relaciones interpersonales (RI) es la habilidad para establecer y mantener relaciones satisfactorias, caracterizadas por la cercanía emocional de dar y recibir afecto.

9. Tolerancia al estrés (TE) es la habilidad de resistir eventos adversos, situaciones estresantes y emociones fuertes sin “derrumbarse”.

10. Control de impulso (CI) es la habilidad de resistir o abandonar un impulso, manejando los estímulos y dirigiendo las propias emociones.

11. Prueba de realidad (PR) es la habilidad de calcular la correspondencia entre lo que se experimenta subjetivamente y la realidad.

12. Flexibilidad (FL) es la habilidad para ajustar los sentimientos, pensamientos y posturas, con el fin de cambiar situaciones y condiciones.

13. Solución de problemas (SP) es la habilidad para identificar y definir problemas personales y sociales; y de ésta forma generar e implementar soluciones potencialmente efectivas.

14. Optimismo (OP) es la habilidad para apreciar el lado bueno de la vida, manteniendo una actitud positiva, aún en situaciones adversas.

15. Felicidad (FE) es la habilidad de sentir satisfacción de la vida; disfrutar con otros expresando emociones positivas.

### **3.1.3.2-STAI**



**Escala de ansiedad STAI-rasgo:** es un cuestionario de 20 ítems que evalúa síntomas relacionados con ansiedad como rasgo (Leibovich de Figueroa, 1991).

### **3.1.4-Hipótesis de trabajo**

La hipótesis de este trabajo es que las personas que padecen de TAG, al tener estados de ansiedad y preocupación constantes tendrían disminuidas sus capacidades intrapersonales y manejo del estrés por lo tanto obtendrían resultados disminuidos en los componentes: Intrapersonal (se compone de: comprensión emocional de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia) y Manejo del estrés (se compone de: tolerancia al estrés y control de impulso).

### **3.1.5-Procedimiento**

Los protocolos fueron distribuidos a pacientes en tratamiento con TAG diagnosticados con criterio clínico. Se administró el cuestionario a los 29 pacientes. Las administraciones de los protocolos se realizaron dentro del marco de sus respectivos grupos terapéuticos.

En el caso del grupo de comparación se entregaron los protocolos a cada sujeto voluntario y se retiraron una vez completados los mismos.

A todos se les explicó que el cuestionario era para un estudio de investigación, que las respuestas eran anónimas, y que no había respuestas correctas e incorrectas.

Los cuestionarios fueron autoadministrados por los sujetos de ambos grupos. Las respuestas fueron completadas de forma individual.

No surgieron dificultades en la comprensión de los enunciados del cuestionario en el grupo clínico. Durante la toma no hubo muchas dudas y

cuestionamientos. Si se observaron diferentes grados de predisposición, desde la desconfianza y la susceptibilidad hasta la alta motivación y compromiso.

### **3.1.6.-Análisis de datos**

Las respuestas fueron transcriptas a una base de datos. Se analizaron los datos utilizando el programa SPSS. A fin de comparar las respuestas del grupo con TAG y del grupo sin el mismo, se relevaron los datos pertinentes, se obtuvieron las estadísticas descriptivas y se aplicaron las pruebas t, una para cada subcomponente del EQ-I y el STAI.

## **4.-Resultados**

### **4.1Comparación del STAI entre los grupos**

Se realizó la prueba t de diferencia de medias para el STAI. La puntuación del grupo clínico fue mayor que el grupo poblacional ( $t=-3.11$ ,  $gl=54$ ,  $p=.003$ ). Los datos obtenidos fueron: Grupo clínico, 49.48 (ds 2.09). Grupo comparación, 41.44 (ds 1.54). Los resultados de dicha técnica estarían evidenciando un alto nivel de ansiedad en el grupo clínico en comparación del grupo de población general. Resultado esperable debido a la patología presentada por los pacientes.

### **4.2-Comparación del Inventario EQ-I entre los grupos**

Se realizó la prueba t de diferencias de medias para cada una de las escalas de los componentes del EQ-I.

**Tabla 7: Prueba t de diferencia de medias entre grupo clínico y grupo de comparación**

| Escala | Grupo P. Clínico | Grupo P. Gral | t |
|--------|------------------|---------------|---|
|--------|------------------|---------------|---|

|                                    |               |               |        |
|------------------------------------|---------------|---------------|--------|
|                                    |               |               |        |
| Comprensión de sí mismo            | 27.96 (4.93)  | 30.28 (4.87)  | 1.77   |
| Asertividad                        | 23.73(5.74)   | 25.92(5.25)   | 1.45   |
| Autoconcepto                       | 30.14(6.42)   | 34.00(6.24)   | 2.27*  |
| Autorrealización                   | 32.11(7.03)   | 36.75(4.80)   | 2.86** |
| Independencia                      | 23.26(6.03)   | 24.18(5.52)   | .577   |
| Empatía                            | 31.60(3.60)   | 32.77(3.92)   | 1.15   |
| Relaciones Interpersonales         | 41.03(6.65)   | 41.85(6.00)   | .480   |
| Responsabilidad Social             | 40.65(5.36)   | 41.14(5.35)   | .336   |
| Solución de problemas              | 27.92(4.32)   | 28.03(6.11)   | .076   |
| Prueba de Realidad                 | 34.80(6.56)   | 37.62(4.21)   | 1.86   |
| Flexibilidad                       | 21.21(5.23)   | 20.67(4.42)   | -.414  |
| Tolerancia al Estrés               | 23.37(6.27)   | 27.40( 6.71)  | 2.28*  |
| Control de Impulsos                | 31.57(8.22)   | 31.07(6.19)   | -.257  |
| Felicidad                          | 33.59(7.86)   | 38.42 (6.19)  | 2.53*  |
| Optimismo                          | 27.03(6.64)   | 29.96(4.67)   | 1.89   |
| Impresión Positiva                 | 22.00(4.66)   | 22.14(3.92)   | .12    |
| Impresión Negativa                 | 12.64(5.58)   | 11.35(3.84)   | -1.00  |
| Componente Intrapersonal           | 135.43(26.34) | 151.07(20.20) | 2.37   |
| Componente Interpersonal           | 112.92(11.76) | 115.62(13.13) | .78    |
| Componente de Adaptabilidad        | 83.44(9.82)   | 86.37(11.17)  | 1.00   |
| Componente de Manejo de estrés     | 54.81(12.27)  | 58.88(10.99)  | 1.28   |
| Componente de estado Animo General | 60.50(14.04)  | 68.39(10.42)  | 2.35*  |
| Cociente Emocional                 | 440.00(51.67) | 478.79(51.67) | 2.35*  |

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

En cuanto al componente intrapersonal se encontraron diferencias significativas en: Autoconcepto ( $t = 2.27$ ,  $gl = 54$ ,  $p = .027$ ), Autorrealización ( $t = 2.86$ ,  $gl = 53$ ,  $p = .006$ ) en tanto que en Manejo del estrés se encontraron diferencias significativas en: Tolerancia al estrés ( $t = 2.28$ ,  $gl = 52$ ,  $p = .027$ ). Otra variable que mostró diferencias es Felicidad. La misma entraría dentro del componente del estado de ánimo en general. Felicidad ( $t = 2.53$ ,  $gl = 53$ ,  $p = .014$ ). Por la diferencia en dicha variable se encuentran diferencias significativas en Componente del estado de ánimo en general ( $t = 2.35$ ,  $gl = 52$ ,  $p = .022$ ). La variable Coeficiente Emocional ( $t = 2.35$ ,  $gl = 42$ ,  $p = .023$ ) también tendría diferencias significativas debido que en ella se acumulan todas las variables en general y por ser el resumen de las mismas se desprendería dicha diferencia.

Los resultados del presente trabajo mostrarían que los sujetos diagnosticados con TAG tendrían diferencias en su inteligencia emocional en comparación a sujetos que no padecen dicho trastorno.

La autorrealización estaría definida como la habilidad que posee un sujeto para utilizar sus fortalezas, con el objetivo de realizar acciones de su interés. Este concepto podría relacionarse con la capacidad de afrontamiento. El afrontamiento ha sido definido por Lazarus y Launier (1978), como los esfuerzos intrapsíquicos orientados a la [acción](#) (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que pondrían a prueba o excederían los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer. Debido a los resultados obtenidos en la variable autorrealización, los pacientes que padecen TAG podrían tener mayores dificultades en el alcance de las metas y aspiraciones individuales.

En cuanto al Autoconcepto estaría compuesto por un nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Otro nivel sería el emocional afectivo: es un juicio de valor sobre las cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Finalmente un nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente. En las personas que padecen TAG el autoconcepto podría estar disminuido porque la persona tiene un déficit en cuanto a la valoración de sí mismo como también en cómo lo ve el entorno, no estaría segura de sus actos y las preocupaciones

constantes lo abrumarían de manera que no podría adquirir sentimientos y emociones valorables sobre sí mismo.

El concepto de tolerancia al estrés, para Bar-On sería la habilidad de resistir eventos adversos, situaciones estresantes y emociones fuertes sin “derrumbarse”. La diferencia encontrada en esta variable podría significar que las personas que padecen TAG tienen dificultades para controlar situaciones estresantes y se ven incapaces de poder manejarlas, aunque sepan que las mismas no resulten perjudiciales para sí mismos o los demás. Como ya se ha dicho anteriormente los pacientes con TAG tienen preocupaciones sobre muy variados temas. Aunque cognitivamente sepan que la intensidad de su ansiedad no estaría avalada por la realidad, ellos evidenciarían mayor dificultad para poder manejar sus pensamientos, acciones y activaciones neurofisiológicas derivadas por dicha ansiedad. Esto podría ser porque muchos pacientes que tienen esta patología suelen informar que sus preocupaciones le han acompañado prácticamente toda la vida, motivo por el que llegan a considerarlas como parte de su forma de ser. Por este motivo, en muchas ocasiones, no conciben sus preocupaciones como un comportamiento más que puede ser desaprendido.

El componente intrapersonal es el que tiene mayor diferencia, ya que en él convergen las subescalas de autoconcepto y autorrealización.

Dentro de este componente, las subescalas de comprensión emocional de sí mismo, asertividad, independencia, no arrojaron las diferencias esperadas por la autora de este trabajo. Por esto la capacidad de reconocer y comprender las propias emociones, la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos, como también la habilidad para dirigir y controlar los pensamientos y acciones, con el afán de ser libre de dependencias emocionales, es similar en ambos grupos.

La variable Felicidad sería la habilidad de sentir satisfacción de la vida; disfrutar con otros expresando emociones positivas. Con estos resultados se estaría evidenciando que los sujetos con TAG tendrían disminuida la valoración afectiva (emociones) y cognitiva (racional). Cuando se toma la satisfacción en la vida como un todo, se considera evaluación cognitiva, mientras que cuando se centra en las experiencias emocionales de la vida diaria, la evaluación es calificada de

afectiva. Para los sujetos que padecen este trastorno se evidenciaría la dificultad de expresar emociones positivas como tener valoraciones afectivas placenteras. La diferencia del componente de estado de ánimo en general estaría marcado por la diferencia en Felicidad. La [depresión](#) frecuentemente acompaña a los trastornos de ansiedad. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse que frecuentemente caracterizan a la depresión podrían relacionarse con el TAG. Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse por lo que podría haber síntomas en común entre ambos trastornos.

En cuanto a las variables impresión positiva e impresión negativa, en impresión positiva no hay diferencias en ambos grupos, pero en impresión negativa si se evidencia una disminución en el grupo clínico, esto podría estar relacionado con tratar de mostrar más sintomatología que la que realmente padecen, podría pensarse que los pacientes con TAG al tener desarrollados sus componentes emocionales tratarían de buscar ayuda y de mostrar que se están sintiendo con problemas.

## **5.- Discusión**

Habiendo relevado los datos bibliográficos y empíricos, se compararon los resultados con la hipótesis de trabajo y se llegó a las siguientes conclusiones. En este trabajo se han examinado las variables que la autora considero que podrían ser deficitarias en pacientes con diagnóstico de TAG y las mismas se han puesto a prueba dando como resultado que las variables intrapersonales y de tolerancia al estrés estarían disminuidas demostrando que los pacientes con TAG tendrían menos desarrollados ciertos aspectos de la IE. Debido a los datos obtenidos en la investigación podría desprenderse que no verifican completamente la hipótesis, ya que se verían con diferencias significativas tan sólo 6 subescalas.

Las escalas que tendrían desigualdades destacables en el grupo que padece TAG, en relación al grupo de comparación, serían: Autoconcepto, Autorrealización y Tolerancia al estrés y Felicidad, Componente del estado de

animo en general y Coeficiente Emocional. La muestra clínica puntuó significativamente más bajo en estas escalas. En cuanto a variables con aumento en la puntuación en el grupo clínico con respecto al grupo de comparación, no se evidenció ninguna.

Con respecto a los estudios previos que se han mencionado en la revisión bibliográfica en el estudio de ajuste psicológico de Salovey, Strood, Wooleri y Epel (2002) desarrollado con una muestra de alumnos americanos se observó que altos niveles de IE se relacionó con menos síntomas físicos, niveles mas bajos de ansiedad y depresión, mayor autoestima, mayor satisfacción interpersonal, menos afrontamiento pasivo y mas estrategias de afrontamiento activo. En congruencia con esa investigación, el presente estudio mostraría que personas con altos niveles de ansiedad y diagnóstico de TAG tendrían ciertos aspectos de IE disminuidas: menor autorrealización, menor autoconcepto, menor tolerancia al estrés y menor percepción de felicidad.

Entre las limitaciones encontradas en el presente trabajo debería tenerse en cuenta:

Los sujetos evaluados se encontraban bajo tratamiento psicoterapéutico, lo que podría incidir en los resultados ya que ciertos esquemas de pensamiento podrían haberse modificado.

El tamaño de la muestra es reducida, seria aconsejable una muestra con mayor numero de sujetos para poder desarrollar un análisis más elaborado.

En cuanto en la implicancia práctica se recomendaría estudiar los efectos de un buen desarrollo emocional en los pacientes con TAG. De este modo podrían llevarse a cabo talleres o grupos de formación en IE, enseñando a los pacientes alternativas de afrontamiento, manejo del estrés y como reforzar su autoestima, entre otros objetivos. De hecho, hay programas de entrenamiento ya organizados para cada área de la inteligencia emocional en los que hay déficit. Se podría incorporar estos programas adaptándolos al área clínica dado que la mayoría son para el área laboral o educativa.

La comunidad científica necesita de datos empíricos que demuestren las destrezas y competencias de la IE y las repercusiones reales y positivas que tienen en la vida de los individuos. La investigación en este tema ha subrayado que el

concepto de IE ha adquirido una base sólida científica y que empieza a madurar como marco de estudio. Los próximos años seguramente depararán interesantes hallazgos en el ámbito clínico que pondrán más de relieve el papel potencial de la IE en los diferentes trastornos y patologías psicológicas.

En definitiva estos resultados son alentadores y apoyan la importancia de desarrollar habilidades emocionales en paciente con TAG.



### -Referencias bibliográficas

- Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2002). *BarOn emotional quotient short form (EQ-i: Short): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Belloch, A., Sandín, B. (1996). *Manual de psicopatología*. Madrid: Interamericana.
- Benatuil, D. (2007). La inteligencia práctica y emocional de los líderes. En A. Castro Solano (Ed), *Teoría y Evaluación del Liderazgo* (pp 117-141). Buenos Aires: Paidós.
- Boring, G.E (1950). *A History of Experimental Psychology*. New York: Appleton, Century-Crofts.
- Catell, R. (1971). *Abilities Growth and Action*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. C. y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- CIE 10. (1992) *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid.: Organización Mundial de la Salud. (revisión)
- Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Ansiedad*. Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999.
- DSM-IV. (1997) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (ver como se cita DSM según normas APA)
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1-12.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2002). *La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela*. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 1-6.

- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. y Extremera, N. (2002). *Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar*. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3, 159-167.
- Fischer, K. (1980). A Theory of cognitive development: The control of hierarchies of skill. *Psychological Review*, 87:447-531
- Franz, J. (1982). *Who's in American Education*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Galton, F. (1862). Inquiries Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Gardner, H. (2001). *Estructura de la mente: La teoría de las inteligencias múltiples* (2 ed.) (pp. 35-39). México: Fondo de cultura Económica.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Guilford, J.P. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Ledoux, J.E. (1987). Emotion: In handbook of psychology: The nervous system. *Journal Neuroscience Concepts* (2):89-99
- Ledoux, J.E. (2002). Emotion: clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46:209-227
- Lopes, P. N., Salovey, P. y Straus, R. (2003). *Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships*. *Personality and Individual Differences*, 35 (3), 641-658.
- Marina, J.A. (1993). *Teoría de la inteligencia creadora*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2001). *Technical manual for the MSCEIT v.2.0*. Toronto: MHS Publishers.
- Reisnik, L. Levine, J., & Teasley, S.D. (1991). *Perspectives on Socially Shared Cognition*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence, Imagination, Cognition, and Personality*, (pp. 185-211.)

- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. y Epel, E. S. (2002). *Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale*. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. et al. (1998). *Development and validation of a measure of emotional intelligence*. *Personality and Individual Differences*, 25 (2), 167-177.
- Spearman, C. (1927). *The Abilities of Man: their Nature and Measurements*. New York: Mc.-Millan.
- Stemberg, R. (1985). *Beyond IQ*. New York: Cambridge University Press.
- Terman, L. (1975). *The Measurement of intelligence*. New York: Arno Press.
- Thurstone, L.L. (1960). *The nature of intelligence*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vernon, P. (1971). *The Structure of Human Abilities*. London: Methuen.
- Vigotsky, L. (1978). *Mind in Society*. In: M. Cole (comp.). Cambridge: Harvard University Press.
- Wolf, T. H. (1980). *Alfred Binet*. Chicago: University of Chicago Press.