

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Psicología



Tesis para optar al Título de Licenciatura en Psicología
Nivel de Inteligencia Emocional y Ansiedad en madres de hijos con discapacidad “Los Pipitos”-León 2011.

Autoras: Bra. María Celenia González
Bra. Jacqueline Rafaela Rojas

Tutor: Dr. René Pérez Montiel
Profesor Titular
UNAN-León

“A la libertad por la Universidad”

León 8 de Marzo del 2012.

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a Dios, que por ser el dador de la vida nos permitió culminar nuestros estudios con dedicación y esfuerzo.

A los docentes de la carrera de Psicología, porque en este camino de estudiantes nos brindaron e influyeron sus conocimientos en nosotras.

A las autoridades de la Universidad, Facultad de Ciencias Médicas por haber aprobado nuestro estudio de investigación y defenderlo como Tesis.

A nuestras madres porque sus ejemplos de vida nos sirvieron para impulsarnos con valentía, esfuerzo y voluntad de poder culminar con éxito nuestra carrera.

DEDICATORIA

A la Lic. Carla Meza por haber accedido a que se realizara con éxito la presente investigación.

A las madres que asisten al Capítulo de "Los Pipitos"-León; por darnos la oportunidad de poder realizar nuestro estudio.

Al Dr. René Pérez Montiel, por su paciencia y enseñanza ilimitada.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Planteamiento del problema.....	3
III.	Objetivos.....	4
IV.	Marco de Referencia.....	5
V.	Diseño Metodológico.....	21
VI.	Operacionalización de Variables.....	28
VII.	Resultados.....	31
VIII.	Discusión.....	37
IX.	Conclusiones.....	40
X.	Recomendaciones.....	41
XI.	Referencias bibliográficas.....	42
XII.	Anexos.....	48

Introducción

En el contexto familiar cualquier afección presente en la familia tiene impacto en los aspectos relacionales, dicha afección puede ser alguna discapacidad en uno de los hijos; cuando se trata de discapacidad por lo general el ambiente familiar está afectado desde el principio, los padres, hermanos y resto de familiares próximos debaten sus sentimientos entre dos polos que van desde el rechazo a la sobreprotección de un hijo con discapacidad. (Martínez I, 2007).

Se destaca la presencia de la madre como un ser imprescindible, pues a ella le corresponde cumplir con la responsabilidad de brindar un cuidado especial a uno de sus hijos que tiene una discapacidad, haciendo uso de elementos como afectividad, tipos de afrontamiento, empatía, control emocional, sacrificios laborales etc., que implica la inteligencia emocional que poseen.

La inteligencia emocional juega un papel importante en la vida del ser humano, la inteligencia permite que uno actúe de manera más adecuada, más asertiva, con confianza en sí mismo y en el contexto de discapacidad afloran sentimientos que se involucran directamente con la inteligencia emocional, pero cuando no se utiliza eficazmente, la madre está expuesta a experimentar eventos estresores conocidos como ansiedad implicada con las emociones referentes a su hijo con discapacidad.

Precisamente al hablar de ansiedad, se refiere propiamente a aquellas experiencias que vuelven más tenso el entorno familiar (Acosta, M. 2011).

Algunos estudios encontrados tratan sobre la labor que deben realizar los padres con respecto a los hijos que tienen alguna discapacidad, estos realizados en el extranjero por psicólogos que optan por un título en su investigación, otros tratan sobre la depresión que genera tener un hijo con discapacidad (generalmente realizados en Europa), y otros que recomiendan algunas estrategias de

afrontamiento para la dinámica familiar en donde existe un hijo con discapacidad; algunos de ellos realizados por *Acosta Rubio, 2011; Martínez Zarandona 2007.*

Otras de la publicaciones hablan de Factores psicosociales como la escasa atención psicológica a sus hijo por falta de dinero, el tipo de trabajo, vivienda y alimentación que otorgan los padres a sus hijos, estos factores inciden tanto en la depresión como en la ansiedad *Veá, R., 1989.* Sin embargo se pudo encontrar un estudio bastante cercano a nuestro tema de investigación nombrado *Psicología de la Discapacidad*, este estudio trata sobre el perfil de las personas con capacidades diferentes, involucrando a la Inteligencia Emocional como el punto principal para la rehabilitación de estas personas y para los mismos familiares *Trujillo, A.*

Los estudios que se relacionan directamente con la temática de inteligencia emocional, ansiedad y discapacidad son pocos; sin embargo, son de mucha utilidad para fundamentar la información sobre esta investigación. A manera de síntesis, los mencionados anteriormente fueron los más relevantes cercanos a nuestro tema.

Cabe mencionar la importancia de algunos datos que tratan sobre la discapacidad en Nicaragua. Uno de ellos sobre la realidad experimentada por muchas personas dentro de la sociedad nicaragüense. Conforme a las últimas cifras oficiales recogidas en el 2003 a través de la ENDIS, 461.000 personas mayores de 6 años presentan algún tipo de discapacidad en Nicaragua, lo cual representa una prevalencia del 10.3%, (de un 11.3 % en el caso de las mujeres y de un 9.1 % para los hombres). El porcentaje tal vez no es un determinante en nuestro estudio, pero si es un indicador de que las personas que tienen discapacidad junto con sus familias están expuestas a factores estresores en donde ponen en juego la habilidad de inteligencia emocional con respecto a las situaciones que enfrentan positivamente o negativamente.

Por lo expuesto, el objetivo de este trabajo es conocer el nivel de inteligencia emocional y la ansiedad que experimentan las madres que asisten a Los Pipitos-León. Los resultados a obtener proporcionaran una información que contribuirá al

conocimiento de las autoridades de Los Pipitos y permitirá a las madres hacer un reconocimiento sobre la inteligencia emocional que poseen, de igual manera aumenta nuestra capacidad de abordaje terapéutico en familias con discapacidad.

Planteamiento del Problema

Se dice que una persona tiene una discapacidad si ésta encuentra alguna dificultad o imposibilidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana. En este sentido es necesario destacar que cuando nos referimos a "un discapacitado" de manera impersonal, estamos hablando de una persona que tiene un nombre, un apellido, una familia como cualquiera de nosotros, y además padece una discapacidad.

El nacimiento de un hijo con discapacidad puede generar o aumentar el nivel de ansiedad en las madres, ellas se centran en la problemática del hijo, reflejan manifestaciones sobreprotectoras, manifiesta mayor ansiedad, su estado afectivo depende de la salud del hijo; frente a esto recurren a diversas estrategias y ponen a prueba sus habilidades, entre ellas la inteligencia emocional, por lo cual se propone responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Describir cuál es el nivel de inteligencia emocional y ansiedad en madres de hijos con discapacidad. Los Pipitos, León 2011?

Objetivos

Objetivo General:

Describir el nivel de inteligencia emocional y ansiedad en madres de hijos con discapacidad. Los Pipitos- León 2011.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a las madres.
2. Determinar el nivel de inteligencia emocional.
3. Identificar el grado de ansiedad.

Marco de Referencia

Contexto de la discapacidad.

*El ser humano es un hombre común en busca de un destino extraordinario
La persona con discapacidad es un ser extraordinario en busca de un destino común. Ana Lía Trujillo.*

Discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en manera normal para el ser humano, como consecuencia de un deterioro que puede ser temporal o permanente, reversibles o no (Toledo).

Se dice que una persona tiene una discapacidad si ésta encuentra alguna dificultad o imposibilidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana.

En este sentido es necesario destacar que cuando nos referimos a "un discapacitado" de manera impersonal, estamos hablando de una persona que tiene un nombre, un apellido, una familia como cualquiera de nosotros, y además padece una discapacidad (Toledo).

Hay que tomar conciencia en el sentido de que ninguno de nosotros está exento de padecer algún impedimento, ya sea por un hecho inesperado como puede ser un accidente de tránsito, tan frecuente en la actualidad, o por alguna causa biológica como puede ser una enfermedad (Toledo).

Por otro lado, el perfil de cada persona, ya sea discapacitada o no, está constituido por puntos fuertes y débiles relacionados con el entorno en el que cada uno se desenvuelve, la capacidad de control emocional, el equilibrio psicológico, las habilidades sociales, la mayor o menor vulnerabilidad ante agentes generadores de ansiedad o estrés, etc.

La **discapacidad** no es una característica propia del sujeto, sino el resultado de su individualidad en relación con las exigencias que el medio le plantea. El tipo y

grado de discapacidad que la persona padece, le impide valerse por sus propios medios de manera autónoma, viéndose obligada a buscar otras alternativas para satisfacer sus necesidades esenciales.

Cuando en una familia nace un niño con déficit mental o alguna discapacidad, o tras su detección posterior al nacimiento, los padres experimentan reacciones y sentimientos enfrentados, como desconcierto, decepción, enfado, pena, miedo, sorpresa, ansiedad y tristeza entre otros. Las reacciones de los padres a la discapacidad pueden variar desde el shock y la negación, a la esperanza inconsistente sobre la curación.

Todo el ambiente familiar se ve afectado desde el principio. Los padres, hermanos y el resto de familiares próximos, debaten sus sentimientos entre dos polos que van desde el rechazo a la sobreprotección (Martínez I, 2007).

La aceptación de la discapacidad, es un proceso que lleva tiempo y esfuerzo, comienza cuando los padres toman conciencia del déficit mental o discapacidad y dura toda la vida. Una familia independiente, se convierte, de repente en un núcleo familiar con unas necesidades a nivel instrumental, psicológico y de apoyo emocional (Cloquell, M. 2005, 2006)

El peso de la responsabilidad se le atribuye a la madre porque: fue quien le dio vida a la persona, se considera que tiene las habilidades para tratar con este tipo de problemas que se presentan.

Sin embargo, esta responsabilidad, junto con otras como: la alimentación de todos los hijos, pago de cuentas, educación escolar de todos los hijos (en dependencia de cuántos hijos tengan), trabajo, etc. Estas actividades conllevan cansancio, preocupación, estrés, un agotamiento físico y mental, a esto se le conoce comúnmente como ansiedad. Los problemas a los que se enfrentan la mayoría de los padres con un niño con discapacidad, independientemente de cuál sea ésta y el grado de minusvalía que tenga, son muchos (principalmente de orden emocional); otros se refieren a los cuidados médicos, terapias, costo y la toma de medicamentos, la educación que deben proporcionar tanto en el hogar como en la escuela, la integración de la vida familiar, etc. Uno de los aspectos más difíciles

para un padre o madre de estos niños es poder ser realista: acomodar las expectativas para ponerlas en su justo valor y no esperar más de lo que los niños pueden alcanzar; pero tampoco menos de ese aspecto desconocido que los niños con discapacidad tienen y que suele mitigar una deficiencia con el desarrollo de habilidades compensatorias.

Poder dejar atrás frustraciones pesimistas y deseos optimistas y centrarse en la realidad posible, abocándose a lo que realmente se puede, es tal vez uno de los logros mayores que alcanzan estos padres, a esto se le llama, como se mencionaba anteriormente Inteligencia Emocional; es por ello que estos dos componentes van de la mano. Controlar aquellos sentimientos mezclados de amor y odio que pueden surgir aún con niños sin discapacidades y que generalmente se intensifican cuando la criatura presenta alguna problemática seria; cómo superar la sensación de vergüenza si la apariencia del niño provoca rechazo, por lo que los padres tienden a ocultarlo y requieren de gran valor tanto para enfrentarse al mundo como para aceptarlo y quererlo como es (Acosta, M. 2011).

Existen dos mecanismos de defensa de los cuales la familia se apropia al hecho de tener un hijo con discapacidad, como son la negación-autoengaño y que se reflejan de la siguiente manera:

-“Mecanismo mediante el cual se produce una desviación de la atención que recae sobre un hecho doloroso o desagradable, con el fin de evitar sentimientos de angustia y sensaciones displacenteras”

-Forma "anestésica" de reaccionar frente a las sensaciones de malestar y el dolor emocional.

-Proceso psicológico sutil que se entrelaza con el funcionamiento del sistema nervioso central y la maquinaria neural. Daniel Goleman se pregunta: ¿Cómo es posible que los seres humanos tengamos la capacidad de reaccionar al dolor, con una sensación de total insensibilidad? El cerebro puede elegir de qué manera va a percibir el dolor, y la analgesia o sedación frente al dolor, constituye una propiedad

tan inherente a este sistema como lo es la percepción misma de la sensación displacentera.

-La angustia que amenaza con dominar al individuo es reducida gracias a un desvío o cambio en la atención, lo cual supone además la eliminación de los aspectos afectivos de la experiencia y la imposibilidad de que el sentimiento se vivencie debidamente.

-Conduce a la evitación del estrés, la angustia, la ansiedad y las situaciones dolorosas de la vida en las que el sujeto tiene que enfrentarse a la realidad que le toca vivir.

-Cuando la capacidad de autoengaño se moviliza para protegernos de la angustia, comienzan los problemas: nos convertimos en víctimas de puntos ciegos e ignoramos áreas enteras de información que sería muy conveniente conocer, aún cuando este conocimiento nos ocasionara algún tipo de dolor".

-Puede ser considerado como una herramienta útil para la auto-preservación psíquica y la supervivencia, ya que en ocasiones, resulta benigno y hasta necesario. Sin embargo, esto no siempre es así. La atención distorsionada puede llegar a falsear la experiencia e inhibir la acción, convirtiéndose en un factor altamente peligroso.

-Las personas que evitan o niegan crónicamente sus sentimientos no atienden ya de un modo automático a los referentes de su experiencia, no simbolizan las emociones en la conciencia, no son capaces de crear nuevos significados - sentidos, ni de promover acciones relevantes para su bienestar (Trujillo, A).

Sin duda las enfermedades discapacitantes además de generar graves consecuencias psicológicas, físicas, emocionales y de comportamiento sobre las personas afectadas por alguna de ellas, también provocan cambios en la esfera familiar.

Los siguientes síntomas son las repercusiones más frecuentes que vive la familia en el transcurso de la enfermedad:

1.- Repercusión en la vida social de la familia: deterioro social de las relaciones interpersonales (tendencia al aislamiento social, deterioro de la frecuencia de las relaciones sociales, menos tiempo para actividades sociales y de ocio, por la sobrecarga asociada al cuidado o síntomas asociados a la enfermedad).

2.- Agotamiento físico y sobrecarga psíquica del cuidador familiar que asume la tarea de cuidador principal -síndrome del cuidador.

3.- Déficits de concentración, problemas de memoria. (Fruto de los reiterados pensamientos sobre el estado de salud y la evolución de la enfermedad en la persona con discapacidad).

4.- Sentimientos complicados de culpa: los padres creen que le deben algo a su hijo y por ende, se vuelven permisivos, le evitan el dolor a toda costa y pretenden que viva feliz por siempre. Esta relación se puede deber, entre otras, a que los padres creen que tienen la culpa de la discapacidad de su hijo, por ejemplo, cuando el hijo sufre un accidente que afectó sus capacidades motoras, visuales o cognitivas, los padres suelen creer que hubieran podido evitarlo.

5.- Trastornos del sueño. (Generados por la continua preocupación por el afectado y la tensión muscular derivada de la sobrecarga psíquica y física).

6.- Aumento de las consultas médicas y consumo de fármacos (relacionadas con problemas de salud del cuidador principal).

7.- Mayor frecuencia de las discusiones conyugales y maritales (fruto de la falta de implicación de alguno de los cónyuges, las diferencias de criterio en el cuidado de la persona enferma, la falta de tiempo para dedicarlo a la pareja y el descuido de las relaciones afectivas de la pareja entre otras causas).

8.- Falta de comunicación y entendimiento en la pareja (asociados a problemas de convivencia, cambios en las dinámicas de funcionamiento y recompensa de la pareja, en la falta de demostración de afecto y disminución del deseo sexual).

9.- Problemas de comunicación en la familia (se tiende a evitar conversaciones relacionadas con la discapacidad y los problemas generados, se evita añadir más preocupación al entorno familiar y cada miembro puede vivir el problema en soledad).

10.- Incremento de la ansiedad por falta de control de la situación. (Frustración e impotencia por la falta de habilidades y preparación personal de cada miembro de la familia para manejar la situación con eficacia).

11.- Repercusiones en los sentimientos de los familiares allegados.

12.- Sentimientos de impotencia, fracaso, vergüenza, frustración, irritabilidad, hostilidad, cambios en el carácter.

13.- Preocupación excesiva por el enfermo.

14.- Tristeza, soledad, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.

15.- Culpabilidad.

16.- Altos costes económicos y humanos (derivados del gasto de la atención profesional privada, la excesiva prolongación de los "tiempos muertos" durante el proceso de tratamiento y etapas de empeoramiento de la enfermedad y la sobrecarga emocional derivada del cuidado).

17.- Cambios en las dinámicas familiares y las relaciones entre sus miembros ("descuido del resto de los hijos -" cesión a las conductas manipulativas del afectado, necesidad de "estar pendiente" de su vida y estado emocional, reacciones desproporcionadas en los momentos difíciles, el bienestar de la familia gira en torno al estado de la persona enferma).

18.- En algunos casos se produce bajo rendimiento laboral, absentismo laboral y abandono definitivo del trabajo habitual (en aquellos miembros de la familia que asumen el papel de cuidadores principales y que renuncian a su vida profesional por favorecer el cuidado y la atención del estado de salud de las personas afectadas por alguna discapacidad) (Afanador).

Inteligencia Emocional.

Existen varios tipos de inteligencia que posee el ser humano, unas más utilizadas que otras por diferentes factores que rodean a la persona y en base a la necesidad de esta desarrollan las que más utilizan. Específicamente hablamos de la Inteligencia Emocional (IE). (Espinoza, J. 2001)

El término inteligencia emocional aparece en la literatura psicológica en el año 1990, en un escrito de los psicólogos americanos Peter Salovey y John Mayer. Sin embargo, fue con la publicación del libro *La Inteligencia Emocional* (1995) de *Daniel Goleman* cuando el concepto se difundió rápidamente.

La tesis primordial de este libro se resume en que necesitamos una nueva visión del estudio de la inteligencia humana mas allá de los aspectos cognitivos e intelectuales que resalte la importancia del uso y gestión del mundo emocional y social para comprender el curso de la vida de las personas (Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P., 2004).

El concepto de la **inteligencia emocional** fue desarrollado por el *Dr. Daniel Goleman*, psicólogo, escritor y profesor de la Universidad de Harvard. Según Goleman, lo que se conoce tradicionalmente como inteligencia no garantiza el éxito ni la felicidad en la vida; tampoco determina la inteligencia emocional. Esta última se relaciona con ciertas habilidades y actitudes que determinan cómo reaccionará la persona ante sus propios sentimientos y ante los sentimientos de los demás; esto se reflejará en la forma en que maneje las relaciones con otros. La inteligencia emocional, que reúne las inteligencias social e interpersonal, involucra los siguientes aspectos de la vida:

La perspectiva

La espontaneidad

La creatividad

Las habilidades sociales

Las habilidades emocionales

El control de los sentimientos y de las emociones

El manejo de las esperanzas

La perseverancia

La autodisciplina

La responsabilidad

La empatía (reconocer y aceptar los sentimientos y las emociones de los demás) (Montaño, A. 2002).

De acuerdo con *Goleman*, las habilidades de una persona emocionalmente inteligente comprenden:

Mostrar automotivación.

Ser perseverante a pesar de las dificultades y obstáculos de la vida.

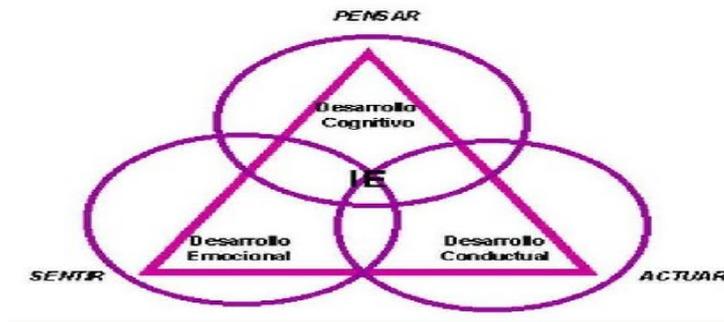
Tener autocontrol ante los impulsos y los deseos de compensación emocional.

Tener empatía y comprensión ante las necesidades de los demás.

Mantener la esperanza y el positivismo.

El desarrollo de las capacidades emocionales comienza en el hogar, principalmente a través de interacciones adecuadas entre padres, hijos y hermanos. Los miembros de la familia ayudan a identificar y a etiquetar las diferentes emociones, a conectarlas y a generalizarlas con las situaciones sociales más próximas. Los padres son los primeros y principales agentes en la educación emocional de su hijo, porque disponen de más oportunidades para influir en el comportamiento del niño y favorecer su desarrollo.

En pocas palabras, están de la mano los siguientes componentes: pensar, actuar y sentir.



Inteligencia emocional: características.

-Se accede a través de una adecuada integración mente-corazón, la cual posibilita una síntesis del ámbito emocional con la dimensión cognitivo - motivacional.

-Supone la aceptación de nuestras emociones, la exploración de las mismas, y la capacidad de modificar aquellos esquemas emocionales tácitos que por alguna razón tengan que ser modificados.

-Implica reconocer nuestros sentimientos y ser auto-conscientes. Esto supone también captar nuestras emociones en la medida que emergen, y ser capaces de manejarlas para poder alcanzar nuestros objetivos. El darnos cuenta de las emociones nos ayuda a cada uno de nosotros a manejar nuestros sentimientos de manera que no nos arrollen. Nos ayuda a cuidar de nosotros mismos y a controlar nuestra ansiedad, enfado y tristeza, (Trujillo, A).

En cuanto al constructo de *inteligencia emocional*, nos encontramos que este se utiliza en tres sentidos; por un lado, se refiere a la capacidad para relacionarse con otras personas, así como a la habilidad para regular la información emocional individual. La segunda modalidad implica la organización de todos los aspectos de la personalidad que contribuyen al éxito. Finalmente, se utiliza para describir la habilidad para regular y manejar la información emocional (Mayer, Caruso y Salovey, 2000) (Perandones, G. 2006).

En términos generales, la inteligencia emocional se refiere a la habilidad para percibir, entender, razonar y manejar las emociones de uno mismo y de los demás (Bar-On, 2000; Cherniss y Adler, 2000; Mayer, Caruso y Salovey, 2000). Además,

involucra la capacidad de ser consciente de las emociones y de cómo estas afectan e interactúan con las denominadas inteligencias tradicionales (Perandones, G. 2006).

Modelo Teórico de Inteligencia Emocional

Teoría de la Inteligencia Emocional de Goleman. (Cloquell, M. 2005, 2006)



Ansiedad.

El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza (Saavedra, 2009).

La ansiedad es una **emoción natural**. Por lo tanto, la ansiedad guarda algunas similitudes con otras reacciones emocionales, tales como la alegría, el enfado, la tristeza, el miedo, etc. La ansiedad es experimentada como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas el individuo debe ponerse en alerta.

La reacción emocional puede observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

A **nivel cognitivo-subjetivo**, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios, etc.)

A **nivel fisiológico**, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, o el Sistema Endocrino, o el Sistema Inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo sólo percibe algunos cambios en respuestas tales como la tasa cardiaca, tasa respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, etc. La persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores

de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

A **nivel motor u observable**, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, etc.(Pérez, 2007).

La sintomatología de la ansiedad es muy variada, y depende en gran parte de la biología y características psicosociales de los individuos. Si bien el listado de síntomas es extenso la aparición de tan solo una señal, tanto a nivel físico como psíquico, es con frecuencia causa suficiente de un gran malestar.

Algunos síntomas físicos habituales, aunque no comunes a todos los trastornos, son: taquicardia, sudoración, mareos, temblores, vértigo, náusea, y hormigueo en las extremidades. Desde lo psicológico destaca la sensación de pérdida de control, problemas de atención y memoria, desrealización, despersonalización, hasta la aparición de falsas creencias, ideas obsesivas y sensación de amenaza de muerte, entre otras. En lo que se refiere a la conducta, el rasgo más característico es el de la evitación de situaciones que podrían generar ansiedad. La hipervigilancia, la rigidez corporal, el sentido del ridículo y la falta de habilidades sociales, suelen ser síntomas característicos de la ansiedad.

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana (Tobal, M 1996).

Enfoque psicofisiológico de la ansiedad:

Perspectiva Psicofisiológica: La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una excesiva estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirá en síntomas psicológicos de ansiedad (Saavedra, 2009).

Según la perspectiva Psicofisiológica, se pueden presentar los siguientes síntomas de Ansiedad en una persona:

- 1.- Temblores, fatiga, tensión muscular, hormigueo y dolor de cabeza tensional.
- 2.- Sequedad de boca, sudoración excesiva o mareos.
- 3.- Palpitaciones, sudoración, pulso acelerado e incremento de la tensión arterial.
- 4.- Molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diarrea y aerofagia.
- 5.- Opresión en el tórax, sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial (Saavedra, 2009)

En términos psicológicos, la ansiedad es una emoción natural del ser humano que se activa ante una situación amenazante o puede ser una situación indefinida.

Reacciones emocionales extremas.

Respuestas desadaptativas crónicas ocasionadas por la intrusión repentina y masiva de la ansiedad y evidenciadas a través de la aparición de pensamientos involuntarios y sentimientos descontrolados, difíciles de elaborar o simbolizar.

Según Horowitz, elaboró una lista de las diversas formas, explícitas o enmascaradas, que adopta la intrusión excesiva de la ansiedad y los sentimientos de malestar en el aparato psíquico:

- 1.- Aparición repentina de emociones excesivas: oleadas de sentimientos que aparecen con fuerza, y luego desaparecen, sin llegar a constituirse en un estado de ánimo permanente.
- 2.- Preocupación: conciencia continua, recurrente e incontrolable del hecho estresante, que sobrepasa los límites del análisis normal de un problema y la reflexión sobre el mismo.
- 3.- Pensamientos invasores y repentinos: surgen en forma injustificada; no tienen nada que ver con la tarea que la persona está realizando en ese momento.
- 4.- Sentimientos e ideas persistentes: son desmesurados, y una vez desencadenados, son imposibles de detener.
- 5.- Hipervigilancia: alerta excesiva que genera un estado de tensión permanente.
- 6.- Insomnio: imposibilidad de conciliar el sueño debido a la aparición de ideas e imágenes invasoras y totalmente perturbadoras.
- 7.- Pesadillas: sueño perturbado y un despertar con sensación de angustia o ansiedad. El contenido de la pesadilla no siempre tiene una relación directa con los hechos de la vida real.
- 8.- Sensaciones abrumadoras que irrumpen en la conciencia: son extraordinariamente intensas y no se adecuan a la situación que se vive en el momento.
- 9.- Reacciones de sobresalto o arrebatos: son respuestas a estímulos que generalmente no justifican una reacción de ese tipo.

Tal como lo demuestra el listado, la **ansiedad** puede irrumpir de muchas formas, deteriorando considerablemente el estado anímico -emocional de la persona, y su desempeño general. **En estos casos es necesario que se active el proceso de regulación emocional** (Trujillo, A).

Este **proceso de regulación** de las emociones puede ser disfuncional tanto en términos de bajo control como de exceso de control de la experiencia y de la expresión emocional. "Por una parte, el control excesivo y la supresión de la emoción son disfuncionales, ambos roban a las personas su habilidad para poder orientarse a sí mismas con rapidez en el entorno que les rodea, lo que produce estrés interno. Por otro lado, la falta de control y la no habilidad para regular la emoción pueden dar como resultado un trastorno severo de las relaciones sociales, causando con frecuencia, daños en las relaciones interpersonales o hiriendo a los demás, lo cual también produce un estrés interno prolongado (Trujillo, A).

La ansiedad es capaz de apoderarse de la persona, pero el proceso de regulación emocional le permite ir controlando todas las manifestaciones que se describieron anteriormente, y es el hecho de hacer uso consciente de la habilidad que poseen las personas y es la Inteligencia Emocional.

Cuando se habla de ansiedad, se refiere propiamente a aquella sintomatología que es vivenciada por la mamá, de tal manera que esas experiencias vuelven más tenso el entorno familiar. Estas experiencias resultan ser estresantes y tristes en la mayoría de los casos cuando los padres aceptan el hecho de tener a un niño o niña con discapacidad, más cuando se trata de un cuidado especial hacia una persona con déficit mental, estamos hablando de atención significativa hacia éste, más cuidado personal de él, de si alguien tiene que encargarse de alimentarlo, impartir una educación especial, tratarlo de una manera afectivamente buena para que él o ella pueda sentir el calor familiar, etc. Si bien es cierto no todas las personas con discapacidad tienen la habilidad de alimentarse por sí solos, la habilidades de vestirse, aseo personal e higiene, control de esfínteres (uso de baño), seguridad y salud y ocio, e ahí recae la atención y responsabilidad en las madres.

La madre se centra en la problemática del hijo, manifestaciones sobre protectoras, manifiesta mayor ansiedad, su estado afectivo depende de la salud del hijo (Tito Suarez, 2008).

Específicamente, la madre es quien se encarga de realizar estas actividades de cuidado personal hacia el hijo(a), recordemos que por cuestión de roles familiares, la sociedad demanda que la madre es quien asiste personalmente al hijo o hija con discapacidad y no un padre (aunque no en todas las familias sucede lo mismo); haciendo mención también de que en nuestra sociedad hay muchas mujeres que son madres solteras y el mismo factor de estrés puede ser un desencadenante de llegar a experimentar síntomas de ansiedad aunque las personas (en algunos casos) no se den cuenta, tal vez no precisamente de un trastorno pero si algunas manifestaciones propias de la ansiedad.

Hay que recordar que la ansiedad no se debe solamente a alguna situación de miedo de manera que las personas actúen en alerta, la ansiedad puede ser causada por diversos factores, problemas personales, familiares, problemas laborales, etc. Así mismo los síntomas de ansiedad pueden ser experimentados en las madres que asisten al programa de Los Pipitos de León, haciendo énfasis de que no hay persona exenta de llegar a padecer sintomatología característica de la ansiedad. Pero cuando la persona posee buena inteligencia emocional, es capaz de enfrentar sus problemas de manera adecuada, a pensar, sentir y actuar de la manera más correcta para no llegar a sentirse insatisfecha, malhumorada, o triste y no dejándose llevar por las aflicciones que envuelven a las personas cuando no saben cómo manejar las situaciones preocupantes o estresantes.

Diseño Metodológico

Área de Estudio: Los Pipitos, Departamento de León.

Tipo de Estudio: El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal.

Población de estudio. 100 madres afiliadas que asisten a Los Pipitos, Departamento de León.

Muestra: 30 madres asistentes al capítulo de Los Pipitos-León. La muestra es no aleatoria y corresponde al total de madres asistentes con regularidad a las actividades del capítulo.

Muestreo: el tipo de muestreo fue de tipo deliberado, seleccionando a las madres que asisten con regularidad a las actividades de la asociación y que cumplían con criterios previstos, de esta manera de las 100 madres afiliadas, se tomaron para el estudio 30 que hicieron presencia física a las actividades del capítulo.

Variables del Estudio: Variable Independiente: Inteligencia Emocional, Variable Dependiente: Ansiedad.

Criterios de inclusión:

-En la investigación están involucradas las madres que participan regularmente en las actividades del programa de Los Pipitos departamento de León.

Criterios de exclusión:

-Las madres que nos asistan regularmente a las citas y actividades del Capítulo de León.

-Las madres que no asistan a terapia Fisiológica o Psicológica, aunque tengan previa cita de control.

Tipos de Fuentes de Información:

Fuentes primarias: es la información que se extrajo de las participantes por medio del breve cuestionario de datos personales y de los Test Psicométricos que

se utilizaron.

Fuentes secundarias: es la información que se obtuvo por medio de fuentes bibliográficas e investigaciones en Internet.

Instrumento de Recolección de Datos: se utilizó la escala de Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS), contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas: percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación emocional y escala de Ansiedad de Hamilton las cuales serán descritas a continuación.

Diseño y validación del instrumento de recolección de datos:

Trait Meta-Mood Scale. Esta escala, elaborada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), consta de 24 ítems que evalúan tres dimensiones clave de la inteligencia emocional intrapersonal: atención a los propios sentimientos (percepción), claridad emocional (comprensión) y reparación de las propias emociones (regulación), proporcionando una estimación personal sobre los aspectos reflexivos de nuestra experiencia emocional. A los sujetos se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Nada de acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). La fiabilidad de la escala según los coeficientes alfa del TMMS-24 para cada componente es de .90 para Atención y Claridad, y de .86 para Reparación. Componentes (dimensiones) de la escala de inteligencia emocional: percepción, comprensión y regulación.

Dimensión	Definición
Percepción Emocional	Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.
Comprensión de Sentimientos	Comprendo bien mis estados emocionales.
Regulación Emocional	Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente

Evaluación de la escala TMMS-24

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, se suma los ítems del 1 al 8 para el factor de percepción, los ítems del 9 al 16 para el factor de comprensión y del 17 al 24 para el factor de regulación. A continuación se muestran los puntos de corte para las mujeres, la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de la sinceridad con que hayan sido respondidas las preguntas.

Mujeres	Puntos de corte
Percepción Emocional	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 24
	Adecuada percepción: 25 a 35
	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 36

Mujeres	Puntos de corte
Comprensión de Sentimientos	Debe mejorar su comprensión: < 23
	Adecuada comprensión: 24 a 34
	Excelente comprensión: > 35

Mujeres	Puntos de corte
Regulación Emocional	Debe mejorar su regulación: < 23
	Adecuada regulación: 24 a 34
	Excelente regulación: > 35

Evaluación de la escala de Ansiedad de Hamilton.

La escala de ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale, HAS*) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se fundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su

objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos.

Población: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La puntuación se puede obtener de la siguiente manera:

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
Puntuación total:	

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad. Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor).

Propiedades psicométricas

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$).

Plan de recolección de datos: el diario de campo: este método sirvió para el análisis y la comprensión de la información que obtuvimos de las participantes. Fuimos partícipes de algunas charlas realizadas por el Psicólogo de Los Pipitos, esto con el objetivo de conocer el ambiente y conocer las madres que fueron parte de la investigación, para acceder a las charlas se obtuvo previa autorización de la directora de Los Pipitos. Posteriormente se aplicaron las escalas de inteligencia emocional y ansiedad a cada una de las participantes de las charlas. En los momentos que no se impartió ninguna charla, simplemente se pidió el consentimiento de la madre que asiste a Los Pipitos con previa cita de control para poder entrevistarla y llevar a cabo la aplicación de las escalas.

Método de la observación: esta se llevo a cabo mediante la realización e interacción con las charlas que se impartieron y en la aplicación de las escalas.

Plan de análisis: con respecto a la escala Trait Meta-Mood Scale y la escala de Ansiedad de Hamilton, los datos que se obtuvieron fueron analizados en el programa SPSS- versión 16, programa estadístico para el procesamiento de datos estadísticos.

Control de sesgos:

Posibles sesgos	Control de sesgos
Que las participantes no asistan a las charlas.	Se tomo en cuenta solamente a las que estuvieron desde el inicio del proceso de investigación.
Sesgo de no respuesta.	Se explico cada ítem del instrumento a los participantes con el fin de obtener una repuesta lo más cercano posible a la realidad.
Sesgo de medición.	Este sesgo se controlo mediante el uso de un instrumento que presenta niveles de fiabilidad y validez aceptada, así también es un instrumento que ha sido creado para medir las variables de nuestro estudio.

Aspectos Éticos del Estudio Según la Declaración de Helsinki:

Se solicitará autorización de la dirección de Los Pipitos, de la madre encuestada con previa presentación personal.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente, es decir prevenir alguna distracción en la madre a la hora de entrevistarlas.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta declaración.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En esta investigación, cada individuo potencial recibió la información adecuada acerca de los objetivos, métodos de investigación. La persona fue informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendió la información, se llevo a cabo la lectura del consentimiento informado y voluntario de la persona.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de medición
Datos socio demográficos	Características básicas de un individuo que le permiten ser identificado dentro de una sociedad.	Edad	18-29 30-41 42-53	Encuesta
		Lugar de procedencia	Zona: Rural__ Urbano__	Encuesta
		Estado civil	Soltera Casada	Encuesta
		Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Universitaria	Encuesta
		Situación laboral	Ama de casa____ Trabaja____	Encuesta
		Religión	Católica Evangélica Otras	Encuesta

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de medición
Inteligencia Emocional	Es la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar los sentimientos y emociones propias y ajenas.	Percepción	1.- nada de acuerdo 2.- algo de acuerdo 3.- bastante de acuerdo 4.- muy de acuerdo 5.- totalmente de acuerdo	Escala
		Comprensión	1.- nada de acuerdo 2.- algo de acuerdo 3.- bastante de acuerdo 4.- muy de acuerdo 5.- totalmente de acuerdo	Escala
		Regulación	1.- nada de acuerdo 2.- algo de acuerdo 3.- bastante de acuerdo 4.- muy de acuerdo 5.- totalmente de acuerdo	Escala

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de medición
Ansiedad	Estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.	Ansiedad psíquica	0.- ausente 1.- leve 2.- moderado 3.- grave 4.- muy grave/ Incapacitante	Escala
		Ansiedad somática	0.- ausente 1.- leve 2.- moderado 3.- grave 4.- muy grave/ Incapacitante	Escala

Resultados

Los resultados descriptivos de la investigación fueron los siguientes:

Tabla 1, Datos sociodemográficos de las madres.

Variables	Frecuencia n = 30	Porcentaje %
Edad promedio (DS)	31 (9.2)	
Grupos etareos: 18-29	14	46.7
30-41	12	40.0
42-53	4	13.3
Lugar de procedencia		
Rural	7	23.3
Urbano	23	76.7
Estado civil		
Casada	13	43.3
Soltera	17	56.7
Nivel de escolaridad		
Primaria	11	36.7
Secundaria	19	63.3
Situación laboral		
Ama de casa	23	76.7
Trabajando	7	23.3
Religión: Católica	24	80.0
Evangélica	6	20.0

Fuente: Encuesta.

De acuerdo a la tabla 1 de los datos sociodemográficos de las madres, ésta población se caracterizo por tener una edad promedio de 31 años de edad comprendido entre los grupos etareos de 18-29, 30-41 y 42-53, todas ellas mayores de edad; con mayor representatividad de mujeres que viven en la zona urbana del departamento de León siendo 23 madres y de la zona rural solamente 7 madres; de acuerdo al estado civil 17 de ellas son solteras y 13 son casadas; según el nivel de escolaridad 19 llegaron a la educación secundaria y 11 únicamente a la educación primaria. Se refleja también la situación laboral de las

30 madres entrevistadas, siendo más del cincuenta por ciento amas de casas con un número representativo de 23, y 7 que se encuentran trabajando; siendo la religión católica como predominante en esta población con 24 madres y 6 evangélicas.

Estos son los resultados que corresponden al primer objetivo específico de la presente investigación: caracterizar los datos sociodemográficos de las madres que participaron en la investigación.

Tabla 2, Nivel de Inteligencia Emocional de las madres, dimensiones.

Bajo los criterios de la evaluación de la escala Trait Meta-Mood Scale, se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a las dimensiones que establece la escala para obtener el nivel de inteligencia emocional en las madres. El nivel de inteligencia emocional se evaluó como alto, adecuado o bajo.

Dimensiones	Frecuencia n = 30	Porcentaje %
Percepción:		
<i>Presta poca atención</i>	9	30.0
<i>Adecuada percepción</i>	16	53.3
<i>Presta demasiada atención</i>	5	16.7
Comprensión:		
<i>Debe mejorar la comprensión</i>	10	33.3
<i>Adecuada comprensión</i>	13	43.3
<i>Excelente comprensión</i>	7	23.3
Regulación:		
<i>Debe mejorar la regulación</i>	9	30.0
<i>Adecuada regulación</i>	11	36.7
<i>Excelente regulación</i>	10	33.3

Trait Meta-Mood Scale, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004)

De acuerdo a los puntos de corte de cada dimensión (Percepción, comprensión y Regulación), se obtienen los resultados de la tabla 2. Para describir estos valores se tomo en cuenta los puntos de adecuada precepción más las que prestan demasiada atención que son en total de 21 madres correspondientes a una buena percepción de la inteligencia emocional, que quiere decir que son capaces de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

En la dimensión de comprensión, se tomo en cuenta los puntos de adecuada comprensión más los de excelente comprensión que corresponden en un total de 20 madres catalogada como buena comprensión de la inteligencia emocional, que quiere decir que comprenden bien sus estados emocionales.

En la dimensión de regulación, se tomo en cuenta los puntos de adecuada regulación más los de excelente regulación como una buena regulación que corresponden a un total de 21 madres, catalogada como buena regulación de la inteligencia emocional, que quiere decir que son capaces de regular sus estados emocionales correctamente.

Estos datos reflejan que más del cincuenta por ciento de las madres tienen una buena inteligencia emocional.

En la tabla 2, más del 30% de las madres reflejan que tienen baja inteligencia emocional en cada una de las dimensiones.

Según la corrección de la escala, se estima que cada persona obtenga una puntuación no menos de 24 puntos y no más 120 puntos en la escala de inteligencia emocional que consta de 24 ítems con un nivel de acuerdo de 1 a 5; de la suma de la variable de inteligencia emocional se obtiene un mínimo de 50 puntos, un máximo de 116 puntos y una media de 83.7 de la puntuación total de las 30 madres participantes. A partir de este valor, las que hayan obtenido puntajes mayores o iguales de 84 tienen una adecuada inteligencia emocional y las que hayan tenido una puntuación menor o igual de 83 tienen una baja inteligencia emocional.

En la siguiente tabla 2,1 está reflejado el nivel de inteligencia emocional.

Tabla 2,1 del nivel de inteligencia emocional en las madres.

Nivel de inteligencia emocional	Frecuencia n = 30	Porcentaje %
<i>Adecuada inteligencia emocional puntajes mayores o iguales de 84</i>	17	56.7
<i>Baja inteligencia emocional puntajes menores o iguales de 83</i>	13	43.3

Trait Meta-Mood Scale, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004)

De las 30 madres, 17 de ellas corresponden a 56.7% que tienen una adecuada o buena inteligencia emocional y 13 que corresponde a 43.3% que tienen una baja inteligencia emocional.

Tabla 3, Grado de ansiedad en las madres, dimensiones.

Mediante la corrección de la escala de ansiedad de Hamilton, se obtuvieron los siguientes resultados:

Dimensiones	Frecuencia n = 30	Porcentaje %
Ansiedad psíquica:		
<i>No hay ansiedad</i>	10	33.3
<i>Ansiedad menor</i>	11	36.7
<i>Ansiedad mayor</i>	9	30.0
Ansiedad somática:		
<i>No hay ansiedad somática</i>	12	40.0
<i>Menor ansiedad somática</i>	13	43.3
<i>Mayor ansiedad somática</i>	5	16.7

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS, 1959).

De acuerdo a la corrección de la escala de Ansiedad, se pueden obtener dos resultados que son ansiedad psíquica y ansiedad somática; y luego la puntuación de ambas partes como un total de ansiedad que experimenta la madre.

Para la interpretación de tales resultados se tomaron los extremos de los resultados, es decir menor ansiedad y mayor ansiedad.

Según la puntuación de ansiedad psíquica, 10 madres no padecen ansiedad que nos da a entender que sabe controlar sus estados emocionales; 11 madres experimentan una ansiedad menor, este dato no es alarmante, porque la ansiedad se experimenta en diferente medida dependiendo de la persona. El dato más importante que refleja la tabla 3 es que existen 9 madres que experimentan mayor ansiedad, esta ansiedad al ser un estado emocional está íntimamente ligada con la inteligencia emocional de las madres.

Según la puntuación de ansiedad somática, 12 madres no padecen ansiedad somática, 13 de ellas experimentan una ansiedad menor y solamente 5 de ellas experimentan mayor ansiedad somática; cuando se habla de ansiedad somática se refiere a los padecimientos físicos que experimenta la persona como cefaleas, insomnio, dolores musculares y de articulaciones.

Tabla 3,1 Grado de Ansiedad de las Madres.

Grado de Ansiedad	Frecuencia n = 30	Porcentaje %
<i>Alta Ansiedad puntajes iguales o mayores de 15</i>	17	56.7
<i>Baja Ansiedad puntajes iguales o menores de 14</i>	13	43.3

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS, 1959).

De las 30 madres, 17 de ellas corresponden a 56.7% que presentan una alta ansiedad y 13 que corresponde a 43.3% que presentan una baja ansiedad.

De esta manera en el último resultado establecemos un cruce de variables entre Inteligencia Emocional y Ansiedad.

Tabla 3,3. Inteligencia Emocional y Ansiedad.

Niveles		Inteligencia Emocional		Total
		Alta	Baja	
Ansiedad	Alta	12	5	17
	Baja	5	8	13
Total		17	13	30

Existen 17 madres que tienen una alta Inteligencia Emocional, de las cuales 12 padecen Ansiedad alta y 5 presentan una baja Ansiedad. Existen 13 madres que tienen baja Inteligencia Emocional de las cuales 5 padecen Ansiedad alta y 8 reflejan Ansiedad baja.

Discusión

El concepto de Inteligencia Emocional aparece por primera vez en el año 1990 desarrollado en un artículo publicado por Peter Salovey y John Mayer. Hasta que cinco años después, en 1995, aparece nuevamente el concepto en el Libro Inteligencia Emocional del Dr. Daniel Goleman, un psicólogo y escritor, profesor de la Universidad de Harvard (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

El objetivo de este libro, viene a explicar algunos resultados sobre la importancia del mundo emocional de las personas para poder comprender el curso de sus vidas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

En la presente investigación, se hizo una caracterización de la muestra, se tomo en cuenta la edad, el lugar de procedencia, el estado civil, el nivel de escolaridad, la situación laboral, religión de las madres, agregando en la parte de estas características el nombre de la discapacidad que tienen los hijos de las madres que se entrevistaron.

Luego, para poder llegar más a fondo, los resultados sobre la aplicación de las escalas exponen lo siguiente: las madres se encuentran dentro del rango de edades de 18 a 53 años, la mayoría son amas de casa, solteras y su nivel de escolaridad es intermedio, llegaron a secundaria.

Las madres solteras cuentan únicamente con el apoyo emocional y económico de sus padres, la minoría que son casadas reciben mayormente apoyo económico de sus esposos, esto porque al entrevistarlas mencionaban que ellos no las motivaban emocionalmente a sentirse más fuertes debido a los gastos emocionales y económicos que experimentaban; de manera que la carga emocional se sentía fuerte con respecto al cuidado del hijo o hija que tenía la discapacidad. Muchas de ellas mencionaban que necesitaban bastante apoyo emocional, esto se puede ver reflejado en el resultado del segundo objetivo de la presente investigación, de que 13 madres tienen una baja Inteligencia Emocional. Daniel Goleman afirma que existen habilidades más importantes que la inteligencia académica a la hora de alcanzar un mayor bienestar laboral, personal,

académico y social; y pone de relevo a la Inteligencia Emocional, pero que las personas que experimentaban una baja IE presentaban algunas características como: falta de positivismo, falta de perspectiva, falta de espontaneidad, falta de creatividad, falta de habilidades sociales, falta de control de sus sentimientos y emociones, falta de perseverancia a pesar de las dificultades y obstáculos de la vida, falta de empatía, falta de comprensión ante las necesidades de los demás, falta de automotivación, y por último, bajo control de los impulsos y bajos deseos de compensación emocional. (Perandones, G. 2006), (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Al introducir el término: "Discapacidad", se convierte en un factor causante de estados emocionales bajos en la familia (Afanador), dentro de los estados emocionales que se ven alterados, en el entorno se producen altos costes económicos y humanos derivados del gasto de la atención que se le brinda al individuo que tiene una discapacidad (Trujillo, A). Sin embargo, este factor conlleva a que las madres experimenten algunas repercusiones en sus estados emocionales como: sentimiento de impotencia, de fracaso, de vergüenza, de frustración, irritabilidad, hostilidad, cambios en el carácter, preocupación excesiva por el enfermo (Afanador).

Estas repercusiones, son debidas a algunas de las discapacidades que tienen los hijos de las madres que presentan alta ansiedad en la presente investigación: Parálisis Cerebral, Problema Psicomotor, Lesión cerebral, Deficiencia Intelectual, Hidrocefalea y Síndrome de Down; 17 madres fueron quienes resultaron presentar ansiedad alta, esta ansiedad comprende una preocupación excesiva, pensamientos invasores, hipervigilancia, insomnio, pesadillas, sensación de angustia, sensaciones abrumadoras que irrumpen la conciencia (Saavedra, 2009). Cuando estas situaciones logran irrumpir la vida de las madres, se da una intrusión excesiva de la ansiedad y sentimientos de malestar en el aparato psíquico, de manera que, es necesario que se active el proceso de regulación emocional (Trujillo, A.). Para que este proceso se realice con eficacia, Goleman, menciona que es preciso que estas madres puedan tener una adecuada

percepción de los sentimientos que experimentan, deben comprenderlos y por ultimo realizar la regulación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Por otra parte, los resultados también exponen todo lo opuesto en otras madres, y es que 17 de ellas tienen una buena inteligencia emocional, es decir que presentan la mayoría de las características que afirma Goleman, mencionadas anteriormente.

También, en el apartado de los resultados de ansiedad, 13 madres experimentan una baja ansiedad; pero que de igual manera estas madres no permitan que estas experiencias abrumadoras no logren irrumpir el curso de sus vidas.

Daniel Goleman afirma que el desarrollo de las capacidades emocionales comienza en el hogar, principalmente a través de interacciones adecuadas entre padres, hijos y hermanos. Los miembros de la familia ayudan a identificar y a etiquetar las diferentes emociones, a conectarlas y a generalizarlas con las situaciones sociales más próximas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Conclusiones

1.- Según a los datos sociodemográficos de las madres, ésta población se caracterizo por tener una edad promedio de 31 años de edad comprendido entre los grupos etareos de 18-29, 30-41 y 42-53; con mayor representatividad de mujeres que viven en la zona urbana del departamento de León siendo 23 madres y de la zona rural solamente 7 madres; de acuerdo al estado civil 17 de ellas son solteras y 13 son casadas; según el nivel de escolaridad 19 llegaron a la educación secundaria y 11 únicamente a la educación primaria. Se refleja también la situación laboral de las 30 madres entrevistadas, siendo más del cincuenta por ciento amas de casas con un número representativo de 23, 7 de ellas que se encuentran trabajando; siendo la religión católica como predominante en esta población con 24 madres y 6 evangélicas.

2.- Sobre el nivel de Inteligencia Emocional, 17 tienen una buena inteligencia emocional y 13 tienen una baja inteligencia emocional.

3.- De acuerdo al rango de Ansiedad, 17 tienen una alta ansiedad y 13 tienen una baja ansiedad.

4.- De 17 madres que tienen una buena inteligencia emocional, 12 experimentan alta ansiedad y 5 experimentan baja ansiedad.

5.- De 13 madres que tienen una baja inteligencia emocional, 5 experimentan alta ansiedad y 8 experimentan baja ansiedad.

Recomendaciones

Recomendaciones a las madres:

1.- Que las madres se integren a todas las actividades y terapias que organiza el Capitulo de Los Pipitos con el fin de que reciban la ayuda psicológica necesaria que les ayude a afrontar y aceptar la condición o discapacidad de sus hijos.

2.- Que las madres apoyen y se involucren en las terapias que reciben sus hijos, con el fin de que conozcan sus habilidades y destrezas que poseen los hijos para evitar las manifestaciones de ansiedad y sobreprotección.

3.- Que las madres integren a sus hijos en actividades sociales, lo cual ayudara al niño a que desarrolle sus destrezas sociales, evitando así el aislamiento social y deterioro de las relaciones sociales.

4.- Que las madres compartan sus conocimientos y experiencias a otros padres para que de igual manera puedan asimilar la discapacidad de sus hijos y la vez pongan en práctica sus habilidades y actitudes positivas para afrontar los obstáculos.

5.- Que las madres aprendan a reconocer sus sentimientos y emociones que experimentan para que aprendan a manejar estas mismas y de tal manera controlar la tristeza, enfado y ansiedad.

Recomendaciones a la Institución:

6.- Que las autoridades del Capitulo incentive e informe de la importancia que tiene la asistencia a las actividades, para así lograr una mejor calidad de vida en ellas y sus hijos.

7.- Que el centro organice reuniones de padres con el objetivo de que ellos adquieran los conocimientos necesarios para mejorar las condiciones de vida de ellos y de sus hijos.

8.- Instamos a la directora del centro para que se realicen Grupos de Terapia, Grupos de Autoayuda o de Intercambios de Experiencia con las madres que asisten a Terapia Psicológica, con el fin de que las madres tengan la oportunidad de expresar todas sus emociones y experiencias acumuladas que han vivido al tener un hijo con discapacidad.

Referencias Bibliográficas

1. Acosta Rubio M. (Febrero 2011) Inteligencia Emocional y Déficit Mental. Revista: Innovación y experiencias educativas. Obtenido el 28 de abril del 2011, (39), (2-6)
2. Afanador, S. (s.f.) Repercusiones y Actitudes de la Discapacidad en la Familia. Obtenido el 5 junio del 2011, desde: http://www.cocemfecyl.es/blok/cuidador/apo_2.html
3. Chiappello, M. B. (julio, 2006). La familia frente a la discapacidad. Obtenido el 10 de junio del 2011, desde: www.calidadmayor.com.ar/.../familia_y_discapacidad/ChiappelloSigalTC.doc
4. Cloquell M. (2005,2006) Psicología de la educación practica. Teorías de la Inteligencia. Obtenido el 01 de mayo del 2011, desde: cmapspublic2.ihmc.us/rid=1242750125568_1679259298.../teories...
5. Cruz González, C. (abril 2010). La Discapacidad y La Familia. Encuentros y Desencuentro. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde: http://educa.upn.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=260%3Aladiscapacidadylafamilia&Itemid=115
6. Duran González, M. (octubre, 2007). La labor de las madres con hijos discapacitados, articulo. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde: <http://www.espaciologopedico.com/noticias/detalle?Id=1281>
7. Espinoza J. (Junio, 2001) Concepto de inteligencia emocional. Obtenido el 01 de mayo del 2011, desde: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/inteligencia%20emocional>
8. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. Revista Electrónica de

- Investigación Educativa, 6 (2). Consultado el 01 de mayo de 2011 en:
<http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>
9. Feminas, M., Sánchez, J. (2003). Satisfacción familiar, bienestar psicológico y ansiedad en parejas con hijos con necesidades educativas especiales. Revista española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 34(3). Núm. 207. 2003, (19-23).
 10. Girón García S. (febrero 2010) Apego y Discapacidad. Obtenido el 28 de abril del 2011, Teoría del apego Madres-Discapacidad. Pdf-Adobe Reader, desde:
www.atenciontemprana-atai.org/ACTAS/3.1.pdf
 11. Goleman, D. (1995) La Inteligencia Emocional 95(1), (66-78, 146-170).
 12. Gómez Trejo, N. (2010). Atención a padres de hijos con discapacidad- Presentation Transcript. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde:
<http://www.slideshare.net/luciaesgo/atencion-a-padres-de-hijos-con-discapacidad>
 13. Hernández Silva, M. (mayo 2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, madres con hijos discapacitados. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde: <http://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
 14. Martínez Zarandona I. (22, Enero, 2007) Aspectos emocionales de Padres con niños con discapacidad. Obtenido el 01 de mayo del 2011, desde:
http://sepiensa.org.mx/contenidos/f_emocionales/aspectos_1.htm
 15. Marroquin Morales, A. (s.f.). Los aspectos contextuales que rodean al alumno con discapacidad y su influencia en la familia. Obtenido el 10 de junio del 2011, desde: <http://www.slideshare.net/aby2678/la-discapacidad-y-sus-contextos>

16. Montaña Valle A. (13, 05,2002) Origen y concepto de inteligencia emocional. Obtenido el 28 de abril del 2011 desde:
http://www.sapiens.com/castellano/articulos.nsf/Gesti%C3%B3n_del_Conocimiento/La_inteligencia_emocional._Origen_y_concepto/2EEFCE291C937A9E41256BC10037F75F!opendocument
17. Muciño Padilla, E. (2004). Discapacidad y desarrollo afectivo, desarrollo emocional de un niño con discapacidad. Obtenido el 5 de mayo del 2011, desde:http://sepiensa.org.mx/contenidos/2006/f_discapacidad/discapacidadafecto2.html
18. Perandones, González T (2006) Estudio correlacional entre personalidad, inteligencia emocional y autoeficacia en profesorado de educación secundaria y bachillerato. Obtenido el 01 de mayo del 2011, Pdf-Adobe Reader, desde:
<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12222/3/Perandones-Gonzalez.pdf>
19. Pérez de la Mora, M.A. (Abril 2007) Trastorno de Ansiedad. Obtenido 5 de junio del 2011, desde: <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/52236.html>
20. Pérez García, P. (Febrero 2009) Que es la Ansiedad: Causas y Modelos. Akápsico. Obtenido 5 de junio del 2011, desde:
<http://www.akapsico.com/2009/02/ansiedad-causas-tratamiento/>
21. Saavedra Juárez, G. (Diciembre, 2009) Modelos Teóricos de la Ansiedad. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde:
<http://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad2.shtml>

22. Sánchez Núñez, M. T. (2008). Inteligencia Emocional Autoinformada y Ajuste Perceptivo en la Familia. Su Relación con el Clima Familiar y La Salud Mental. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla- La Mancha. (13-59) Obtenido el 5 de junio del 2011.
23. Sroufe Alan, L. (1995a, 2000b). La organización de la vida emocional en los primeros años. Desarrollo Emocional, 95(1ra ed.)
24. Tito Suarez, M. (2008) Soporte Emocional Familiar en la Discapacidad. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde: <http://www.slideshare.net/davidparrare/soporte-emocional-familiar-en-la-discapacidad-presentation>
25. Tobal, M. (1996) Ansiedad. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_de_ansiedad
26. Toledo, M. J., Lorenzo, V.R. (s.f.) Discapacidad. Obtenido el 5 de junio del 2011 desde: <http://www.partidosocialista.com.ar/UserFiles/File/Discapacidad.pdf>
27. Tsibidaki, A., Tsampanli, A. (2007). Redes de apoyo a las familias griegas con hijos discapacitados en edad escolar. Revista de Investigación Psicoeducativa N°12, Vol. 5(2), (285-289).
28. Valadez Sierra, M. (2010) La inteligencia emocional e los adolescentes talentosos. Obtenido el 01 de mayo del 2011, Pdf-Adobe Reader, desde: <http://revistas.ucm.es/edu/11368136/articulos/FAIS1010110002A.PDF>
29. Vallejo Martínez, J. (2001) Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad. Obtenido el 10 de junio del 2011, desde: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/335/257>

30. Vea R. (1989) Factores psicosociales de la depresión y la ansiedad en madres con hijos deficientes mentales. Obtenido el 28 de abril del 2011, Factores de la Depresión y la Ansiedad en discapacidad. Pdf-Adobe Reader, desde: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2699992&orden=0

31. Trujillo A, L. (s.f.) Psicología de la Discapacidad. Obtenido el 5 de junio del 2011, desde: http://www.robertexto.com/archivo9/psico_discap.htm

Anexos

Escala de Inteligencia Emocional Trait Meta-Mood Scale -24

Instrucciones:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que mas se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5

14	Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

**Escala de Hamilton para la Ansiedad
(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)**

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Frecuentemente	Mucho	Demasiado

	Definición operativa de los ítems					
1	Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2	Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3	Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4	Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5	Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6	Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7	Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8	Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9	Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10	Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11	Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos)	0	1	2	3	4

	abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)					
12	Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14	Comportamiento durante la entrevista: – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Encuesta

Estado civil:

Edad:

Lugar de Procedencia:

Trabajo:

Nivel de escolaridad:

Religión:

Edad del hijo:

Tipo de discapacidad del hijo:

Consentimiento Informado

Somos estudiantes de V año de la carrera de Psicología de la UNAN-León.

Estimada madre, por este medio solicitamos su colaboración a participar en nuestra investigación mediante estas escalas que tratan sobre sus emociones, sentimientos y ansiedad así como esta encuesta que trata sobre datos muy generales de usted. A través de esto obtendremos información brindada de ustedes que será de mucha relevancia para nuestro trabajo investigativo.

Si usted accede a este estudio y se siente incómoda en el proceso puede retirarse si así usted lo desea y puede hacer preguntas si tiene duda las veces que considere necesario.

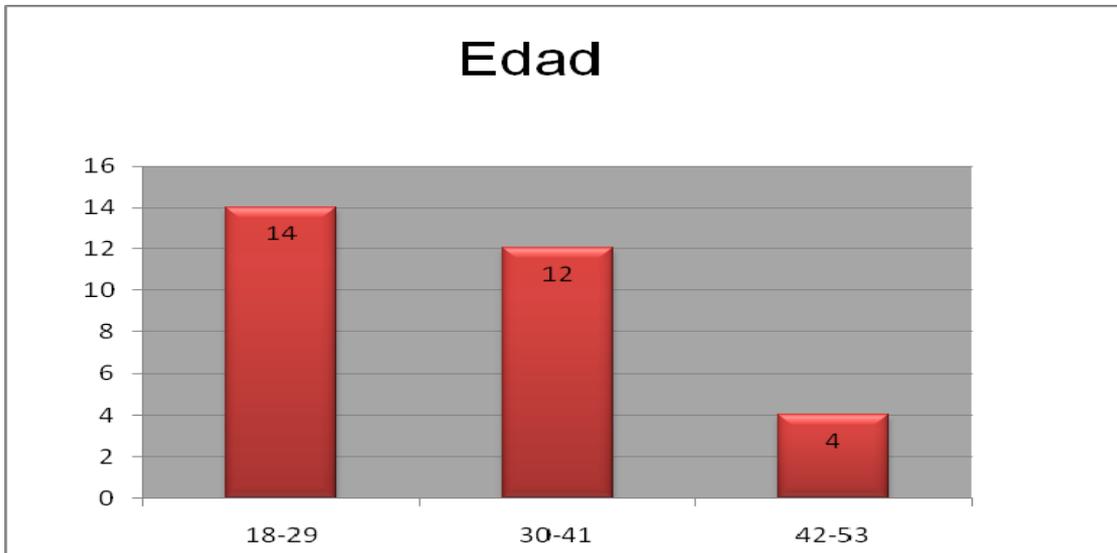
Fecha: _____

Firma

Gráficos de las tablas de frecuencia

1.- Datos sociodemográficos de la población:

Edad. Tabla 1,1



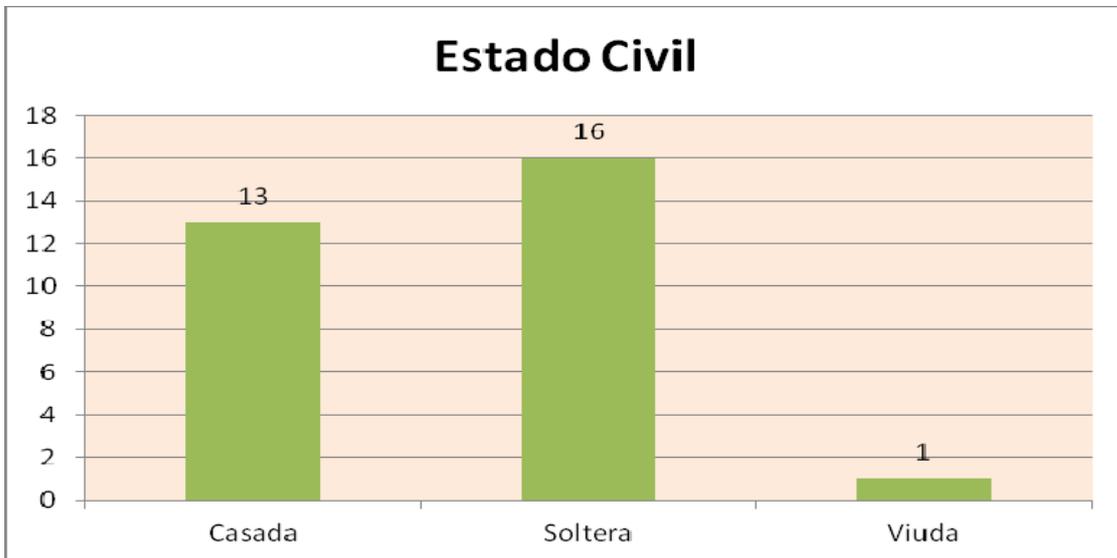
Fuente: Encuesta

Lugar de procedencia. Tabla 1,2



Fuente: Encuesta

Estado civil. Tabla 1,3



Fuente: Encuesta

Nivel de escolaridad. Tabla 1,4



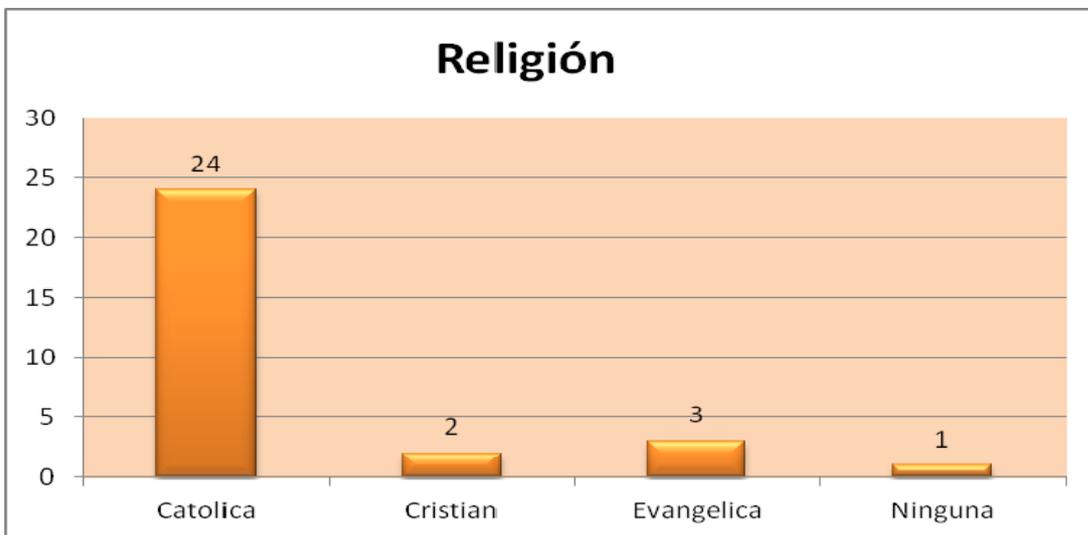
Fuente: Encuesta

Situación laboral. Tabla 1,5



Fuente: Encuesta

Religión. Tabla 1,6



Fuente: Encuesta

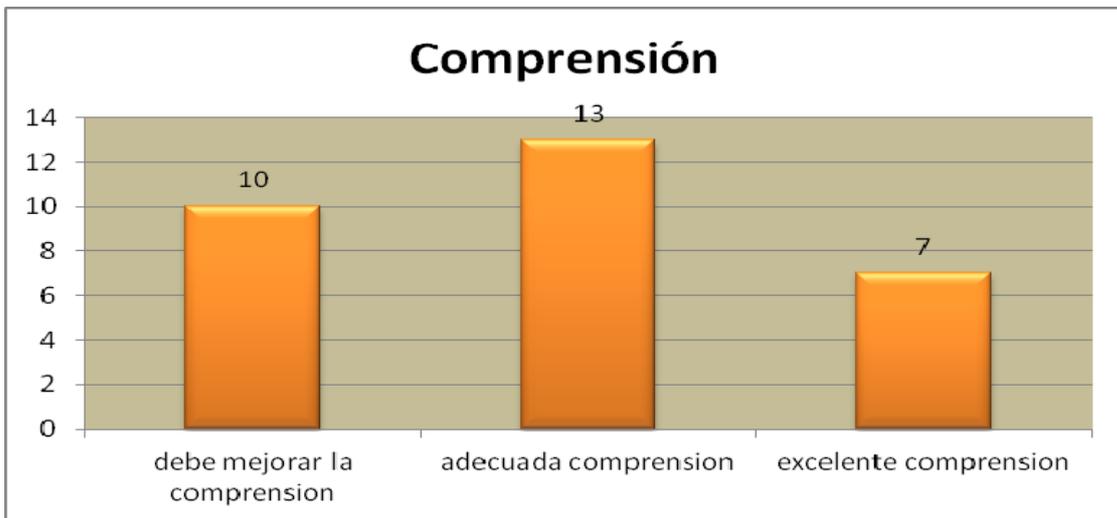
2.- Nivel de inteligencia emocional de las madres.

Tabla 2,1. Percepción de inteligencia emocional.



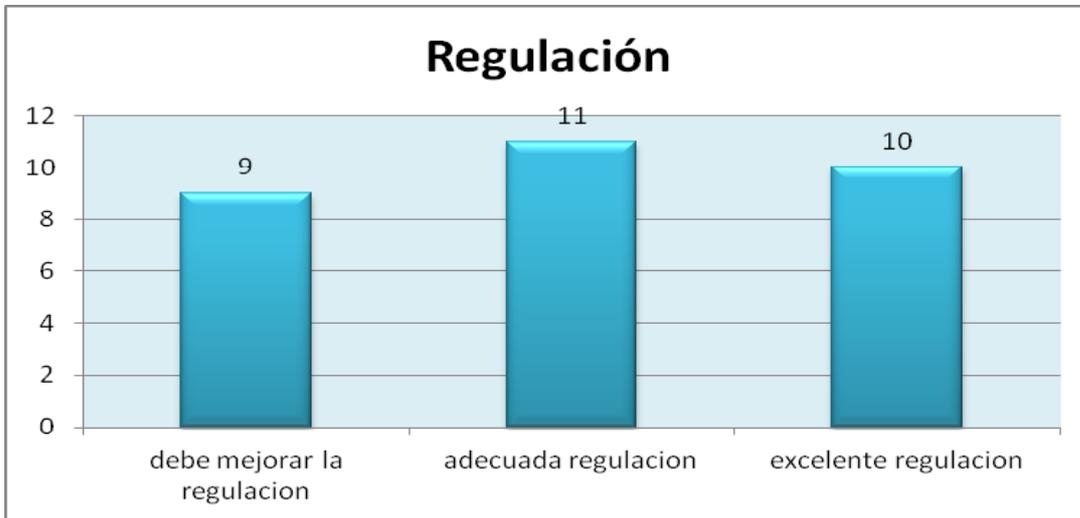
Trait Meta-Mood Scale, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004)

Tabla 2,2. Comprensión de la inteligencia emocional.



Trait Meta-Mood Scale, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004)

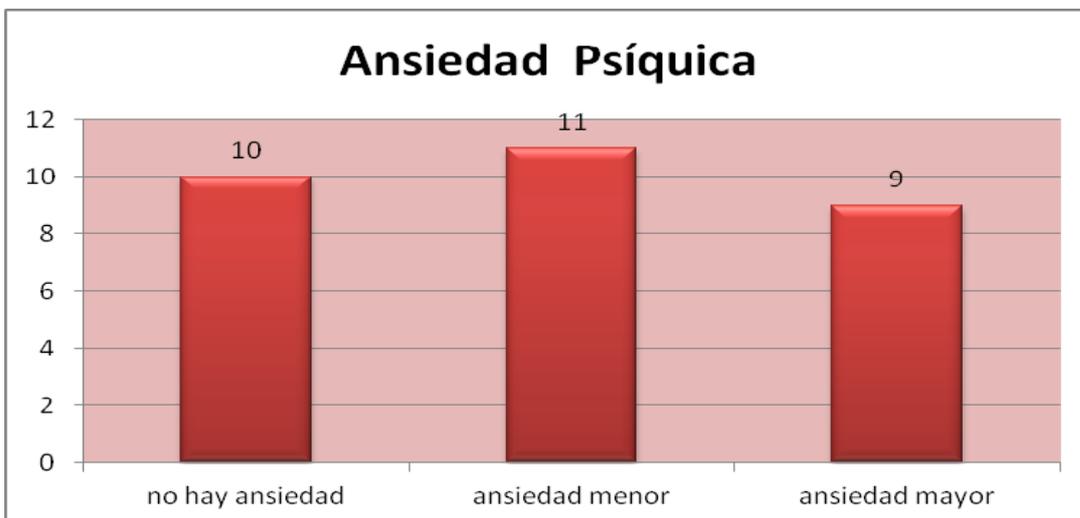
Tabla 2,3. Regulación de la inteligencia emocional.



Trait Meta-Mood Scale, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004)

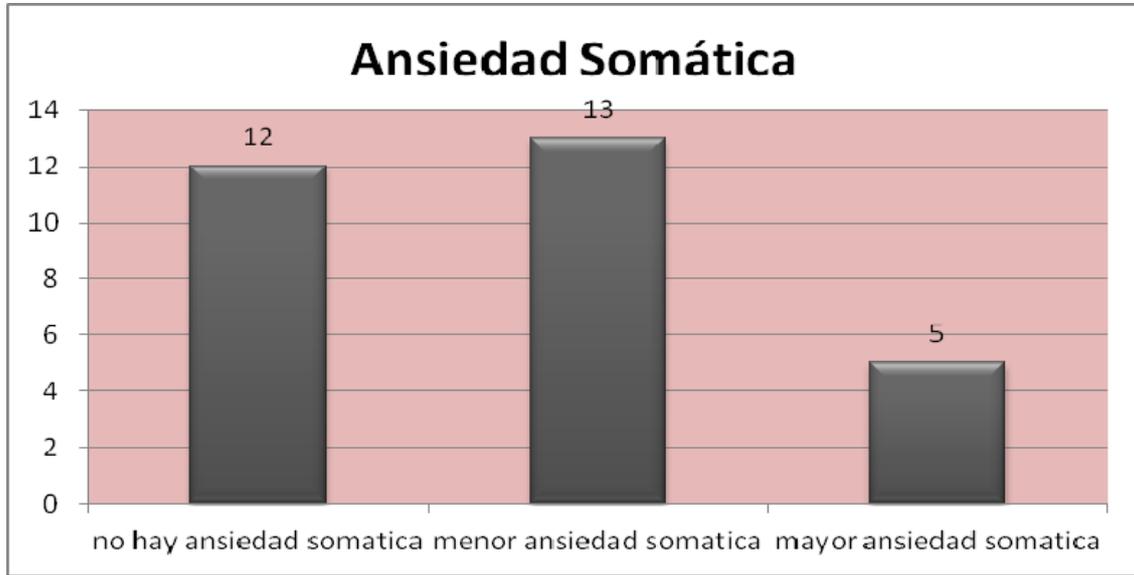
3.- Grado en ansiedad en las madres.

Tabla 3,1 de ansiedad psíquica.



La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS, 1959).

Tabla 3,2 de ansiedad somática.



La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS, 1959).