



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del Proyecto:

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SENTIDO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE LA
CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA,
PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016**

Autoras: Díaz Olmedo Velky Xiomara
Gómez Gaibor Andrea Stefanía.

Tutor: Psc. Juan Pablo Mazón. Msc.

Riobamba-Ecuador

AÑO: 2016

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título:

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SENTIDO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016.

Presentado por: Díaz Olmedo Velky Xiomara y Gómez Gaibor Andrea Stefanía, dirigido por: Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Mgs, certifican que luego de ser revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, la presente investigación se encuentra apta para la defensa pública.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Ramiro Torres Mgs.

Presidente Del Tribunal



.....
Firma

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Mgs.

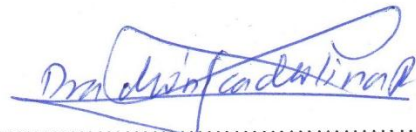
Miembro Del Tribunal



.....
Firma

Dra. Mónica Molina Mgs.

Miembro Del Tribunal



.....
Firma

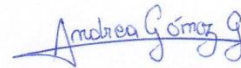
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este proyecto de graduación, corresponde exclusivamente a: Díaz Olmedo Velky Xiomara y Gómez Gaibor Andrea Stefanía, dirigido por el Psc. Juan Pablo Mazón Msc. Y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Díaz Olmedo Velky Xiomara

C.I. 0604548958



Gómez Gaibor Andrea Stefanía

C.I. 0201568938

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a personas que han sido un alentador soporte a lo largo de mis estudios y con la realización de este proyecto. A mi madre Piedad Olmedo, a mis familiares y personas cercanas, por su apoyo constante e incondicional.

A los profesionales de Salud del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y de la Universidad Nacional de Chimborazo, por permitirme emprender esta investigación. Finalmente, agradecer a mi hermana, amiga y compañera de tesis ya que juntas forzamos conocimientos y empeño por lograr este proyecto que fue tan solo una idea y poco a poco se convirtió en una meta a alcanzar, y sin olvidar a nuestro Tutor Juan Pablo Mazón, quien creyó en esta investigación.

Díaz Olmedo Velky Xiomara

Agradezco a Dios por darme la vida; a mi familia por su amor, confianza y apoyo incondicional. Así también a los docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo por sus enseñanzas que me enriquecieron a nivel académico y humano; principalmente al Dr. Juan Pablo Mazón, tutor de este proyecto de investigación. Reconocimiento al Hospital Provincial General Docente Riobamba por su apertura para realizar la presente investigación y de manera especial al Dr. Fabián Chuquizala; Licda. Paula Cargua, ya que de manera directa colaboraron con su tiempo, conocimiento y experiencia.

Andrea Stefanía Gómez Gaibor

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a Dios, el ser supremo y maravilloso en el que creo y ha sembrado en mi sabiduría y fortaleza, plasmando en mi aquel versículo que me ha ayudado tanto “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” Filipenses 4:13. En el plano terrenal con mucho amor a mi madre, mi guerrera, mi ejemplo constante a seguir, la luz de mi vida, conjuntamente al ser especial que llevo a alegrar aún más mis días, mi bello novio. Sin olvidar a mi familia y amigos, aquellos que me han apoyado tanto objetivamente y subjetivamente, a ellos con mucho aprecio.

Díaz Olmedo Velky Xiomara

Con alegría y satisfacción a mi amada familia, hermanos y hermanas del alma y a mi compañero de vida.

Andrea Stefanía Gómez Gaibor

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA	I
AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE GENERAL	IV
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	V
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

1.	MARCO REFERENCIAL	2
1.1	PROBLEMATIZACIÓN	3
1.1.1	EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.4	PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS RELACIONADOS	5
1.5	OBJETIVOS	6
1.5.1	OBJETIVO GENERAL	6
1.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.6	JUSTIFICACIÓN	7

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO	9
2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.2	POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	13
2.3	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	14
2.3.1	INTELIGENCIA EMOCIONAL	14

2.3.1.1	EMOCIONES	14
2.3.1.2	FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES	15
2.3.1.3	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA EMOCIÓN	15
2.3.1.4	CATEGORÍAS BÁSICAS DE LAS EMOCIONES	16
2.3.1.5	ESTILOS DE MANEJO EMOCIONAL	16
2.3.1.6	LAS EMOCIONES Y EL PROCESO EMOCIONAL	17
2.3.1.7	INTELIGENCIA EMOCIONAL	18
2.3.1.7.1	CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	18
2.3.1.7.2	LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: UN CONCEPTO EN EXPANSIÓN	19
2.3.1.7.3	LAS PERSONAS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES	19
2.3.1.7.4	COMPONENTES FUNDAMENTALES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	20
2.3.1.7.5	LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA SALUD	24
2.3.1.7.5.1	SISTEMA INMUNOLÓGICO	24
2.3.1.7.5.2	APLICANDO LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MEDICINA	25
2.3.1.7.5.3	DETERMINACIÓN EN LUGAR DE INDEFENSIÓN	26
2.3.1.8	PARTICULARIDADES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	27
2.3.1.9	PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA EN VIH	27
2.3.2	SENTIDO DE VIDA	29
2.3.3	LOGOTERAPIA	29
2.3.3.1	EXISTENCIALISMO	30
2.3.3.1.1	ANÁLISIS EXISTENCIAL	31
2.3.3.1.2	CRISIS EXISTENCIAL	31
2.3.3.1.3	VACÍO EXISTENCIAL	32
2.3.3.1.4	FRUSTRACIÓN	33
2.3.3.1.5	FRUSTRACIÓN EXISTENCIAL Y EL SENTIDO DE LA VIDA	33
2.3.3.1.6	FRUSTRACIÓN O EXISTENCIA CON SENTIDO	33
2.3.3.2	LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO	34

2.3.3.2.1	ANTECEDENTES FILOSÓFICOS DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO	34
2.3.3.3	BASES TEÓRICAS DE LA PRAXIS DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO	34
2.3.3.3.1	TEORÍA DE LA NOODINAMIA	34
2.3.3.4	SENTIDO DE VIDA Y SALUD MENTAL	39
2.3.3.5	RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE VIDA Y SALUD MENTAL	40
2.3.3.6	SENTIDO DE VIDA EN PERSONAS VIH POSITIVO	42
2.4	DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	43
2.5	HIPÓTESIS	53
2.6	VARIABLES	53
2.6.1	VARIABLE INDEPENDIENTE	53
2.6.2	VARIABLE DEPENDIENTE	53
2.7	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	54

CAPÍTULO III

3.	MARCO METODOLÓGICO	57
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	58
3.3	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	58
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	59
3.4.1	POBLACIÓN	59
3.4.2	MUESTRA	59
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.6	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	64

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	65
4.1	ANÁLISIS DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL, APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL	66

	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.	
4.2	ANÁLISIS DEL LOGOTEST, APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.	78
4.3	ANÁLISIS DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (R)	84
 CAPÍTULO V		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
5.1	CONCLUSIONES	87
5.2	RECOMENDACIONES	88
	BIBLIOGRAFÍA	89
	ANEXOS	93

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN N°1	LAS PERSONAS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES	20
-----------------	--	----

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N.1	NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	66
TABLA N.2	ÁREA INTERPERSONAL SUB ESCALA EMPATÍA	68
TABLA N.3	ÁREA INTERPERSONAL SUB ESCALA HABILIDADES SOCIALES	70
TABLA N.4	ÁREA INTRAPERSONAL SUB ESCALA AUTOCONCIENCIA	72
TABLA N.5	ÁREA INTRAPERSONAL SUB ESCALA AUTOMOTIVACIÓN	74
TABLA N.6	ÁREA INTRAPERSONAL SUB ESCALA AUTOCONTROL	76
TABLA N.7	CONDICIÓN DEL SENTIDO DE VIDA	78
TABLA N.8	CONDICIÓN DEL LOGRO INTERIOR DEL SENTIDO DE VIDA	80
TABLA N.9	ESQUEMA DE VALORES DEL SENTIDO DE VIDA	82
TABLA N.10	CORRELACIÓN Y DETERMINACIÓN ENTRE LA VARIABLE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA VARIABLE SENTIDO DE VIDA	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	66
GRÁFICO N°2	ÁREA INTERPERSONAL SUB ESCALA EMPATÍA	68
GRÁFICO N°3	ÁREA INTERPERSONAL SUB ESCALA HABILIDADES SOCIALES	70
GRÁFICO N°4	ÁREA INTRAPERSONAL SUBESCALA AUTOCONCIENCIA	72
GRÁFICO.N°5	ÁREA INTRAPERSONAL SUBESCALA AUTOMOTIVACIÓN	74
GRÁFICO N°6	ÁREA INTRAPERSONAL SUBESCALA AUTOCONTROL	76
GRÁFICO N°7	CONDICIÓN DEL SENTIDO DE VIDA	78
GRÁFICO N°8	CONDICIÓN DEL LOGRO INTERIOR DEL SENTIDO DE VIDA	80
GRÁFICO N°9	ESQUEMA DE VALORES DEL SENTIDO DE VIDA	82
GRÁFICO N°10	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SENTIDO DE VIDA	82

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el periodo abril-septiembre del 2016. El objetivo fue analizar la relación entre la inteligencia emocional y el sentido de vida en los pacientes con el diagnóstico de VIH, con una muestra de 53 participantes seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. La investigación es cuantitativa, psicométrica, no experimental; de tipo transversal, de campo y descriptivo, de nivel exploratoria. Para la recopilación de datos se aplicó en el grupo de estudio: “Test de Inteligencia Emocional”, con la finalidad de identificar el nivel de inteligencia emocional y “Logotest”, para reconocer la condición del sentido de vida. Posterior a la aplicación de instrumentos y tabulación de resultados se concluyó que el 68% de la población presentan “Nivel Bajo” de inteligencia emocional, mientras que el 32%, “Nivel Alto”; la condición del sentido de vida de los pacientes en un 77% corresponde a “No realización de sentido”, a su vez, el 23% equivale a “Realización de Sentido”. Por medio del coeficiente de correlación de Pearson, se estableció una correlación entre las variables de inteligencia emocional y sentido de vida de 1 lo que equivale a una “Positiva perfecta” y una determinación de 100% lo que corresponde a una “Correlación positiva grande y perfecta”; lo que permitió evidenciar la asociación que existe de la inteligencia emocional en el sentido de vida”. A la luz de los resultados obtenidos se propuso desarrollar un plan psicoterapéutico orientado a trabajar en la inteligencia emocional de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

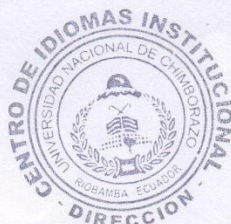
Abstract

This research was conducted at the HIV Clinic of the “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, during the period April to September 2016. The objective was to analyze the relationship between emotional intelligence and sense of life in patients with the diagnosis of HIV, with a sample of 53 participants selected by inclusion and exclusion criteria. Research is quantitative, psychometric, and not experimental: transversal, field and descriptive, exploratory level. For data collection it was applied in the study group: “Test Emotional Intelligence”, in order to identify the level of emotional intelligence and “Logo test” to recognize the condition of the sense of life. After the application of tools and tabulation of results it was concluded that 68% of the population have “low level” of emotional intelligence, while 32% “High level”: the condition of the sense of life of patients by 77% are “not conducting sense”, in turn, 23% equals “Making Sense”.

Through the correlation coefficient Pearson correlation between variables emotional intelligence and sense of life of 1 equivalent to a “perfect positive” and a determination of 100% was established which corresponds to a “large positive correlation and perfect”; which it allowed the association that there is evidence of emotional intelligence in the sense of life. “In light of results it was proposed to develop a plan oriented psychotherapeutic work or emotional intelligence of patients HIV Clinic of the Hospital Provincial General Docente Riobamba”



Reviewed by: Suarez, Marcela
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación sobre “Inteligencia emocional y Sentido de vida en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo abril-septiembre 2016”, reviste gran importancia, debido a que, se halla originado en la necesidad de comprender de mejor manera la dificultad que tienen los pacientes diagnosticados con VIH para manejar la inteligencia emocional y su influencia en el sentido de vida.

Tomando información de diversas fuentes bibliográficas actualizadas, aplicando distintos reactivos psicológicos como el Test de “EI” que nos ayudará a identificar el nivel de inteligencia emocional, y el Logotest para reconocer la condición del sentido de vida de la población de estudio.

La estructura general de la investigación contiene capítulos que abordan secuencialmente temas específicos, así:

CAPÍTULO I: Corresponde al marco referencial, en el cual se describe la problemática, planteamiento, justificación y los objetivos a alcanzar con respecto a la inteligencia emocional y sentido de vida, haciendo una relación entre las dos variables.

CAPÍTULO II: Corresponde al Marco Teórico, el cual contiene la fundamentación teórica, hipótesis, variables y definiciones de términos básicos.

CAPÍTULO III: Consta del Marco Metodológico, contiene al diseño de la investigación, tipo de investigación, nivel de la investigación, población y muestra.

CAPÍTULO IV: En el cual se realiza el Análisis e Interpretación de resultados obtenidos mediante cuadros estadísticos y representaciones gráficas.

CAPÍTULO V: Contiene las Conclusiones y Recomendaciones a las que se llegó una vez culminado el presente proyecto de investigación.

CAPÍTULO I
MARCO REFERENCIAL

1.1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Siendo el tema del presente proyecto de investigación: “INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SENTIDO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016”, es respondiendo a lo que se ha observado y vivenciado en el transcurso de las prácticas pre profesionales que se han ejecutado en la Clínica del VIH de la institución antes mencionada; donde los pacientes en tratamiento así como los que están en proceso de evaluación del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida han mostrado dificultad en el manejo, control, expresión, reconocimiento de emociones propias y de las personas que los rodean. Debido al hecho de conocer y aceptar el diagnóstico, situaciones sociales de discriminación, y cambio rotundo en su estilo de vida. Esta serie de circunstancias mencionadas se infiere que influyen en el sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, ya que reaccionan de manera negativa ante las problemáticas descritas; abandonando metas a corto y largo plazo y presentando escasa motivación por la vida, así también, por comenzar o continuar el tratamiento.

1.1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las personas que sufren el estigma y la discriminación informan distintos efectos negativos, entre ellos, la pérdida de ingresos, el aislamiento de las comunidades y la incapacidad de participar como miembro productivo de la sociedad como resultado de su estado serológico con respecto al VIH. Según las encuestas llevadas a cabo a través del Índice de Estigma en personas que viven con el VIH, los casos de estigma y discriminación generan costos psicológicos profundos, lo que deriva en sentimientos de culpa, vergüenza e ideas suicidas. (ONUSIDA, 2013)

La OMS (2015) se calcula que en todo el mundo 36,9 millones de personas estaban infectadas por el VIH en 2014, de las que 2,6 millones eran niños. La gran mayoría de las personas infectadas por el VIH viven en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2014 se

produjeron 2 millones de nuevas infecciones por VIH. Se estima que unos 34 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el sida hasta la fecha, 1,2 millones de ellas en 2014.

En una investigación realizada en Cuba se hallaron diferencias significativas en la expresión de la inteligencia emocional entre ambos grupos, resultando más afectada en las personas del grupo con diagnóstico de debut. Se observó como hallazgo una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo que caracteriza la estructura de la IE. (Suárez, Peñate, Crespo, 2009, p.10).

La inteligencia emocional se constituye en el eje articulador para garantizar el desempeño de otros factores complementarios: significatividad, emotividad y trascendencia de aprendizaje. (Quilambaquí, J., Aguilar, F. 2011, p. 132). En el Ecuador y de acuerdo al MSP (2012) el VIH/sida es considerado un problema de salud pública en el mundo, así también en el Ecuador, donde se ha observado una tendencia al incremento en el número de casos nuevos notificados de VIH y sida, principalmente en los años 2008 y 2009.

En la ciudad de Riobamba, en el HPGDR se ha podido evidenciar mediante la observación de los pacientes en la Clínica del VIH un inadecuado manejo de sus emociones, lo que acarrea un desequilibrio psicológico, como lo explican los profesionales de la mencionada clínica; baja adherencia al tratamiento o abandono del mismo. En la sociedad se muestra un desconocimiento y/o prejuicios al respecto, respondiendo con rechazo, hostilidad, indiferencia y miedo, lo que influye negativamente en los pacientes, ocasionando: ira, tristeza, miedo, inseguridad, frustración, irritabilidad, despreocupación o abandono de actividades, aislamiento, baja autoestima, autorechazo, autoabandono. Si se exacerbaban los síntomas, puede ocasionar un trastorno psicológico/psiquiátrico o según la corriente humanista-existencial llegar a la frustración existencial o a la neurosis noógena, ya que el diagnóstico de VIH influye en el sentido de sus vidas, la direccionalidad de sus decisiones y acciones, sus motivaciones y objetivos.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la inteligencia emocional en la condición del sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo abril-septiembre 2016?

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

Conocida la problemática se puede también identificar varias problemáticas derivadas:

- ¿Qué nivel de inteligencia emocional tienen los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Cuál es la condición del sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Cuál es la relación entre la inteligencia emocional y la condición del sentido de vida en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Qué plan psicoterapéutico es eficaz para los pacientes en la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de la inteligencia emocional en la condición del sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de inteligencia emocional de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Reconocer la condición del sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Asociar la inteligencia emocional y la condición del sentido de vida en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Elaborar un plan de intervención psicoterapéutica de inteligencia emocional para los pacientes que presentan no realización de sentido de vida de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.6 JUSTIFICACIÓN

En base a la experiencia de prácticas preprofesionales que se ha realizado en la prestigiosa Unidad de Salud de Segundo Nivel como es el Hospital Provincial General Docente Riobamba, además de la observación y entrevista clínicas aplicadas a los pacientes con ceropositividad, se ha visto necesaria e importante la realización de esta investigación que lleva el título de: INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SENTIDO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016, respondiendo a la necesidad de incluir la esfera emocional y psicológica en el tratamiento de los pacientes con dicho diagnóstico.

Tomando como referencia el modelo biopsicosocial para el estudio del ser humano, se entiende que ante un diagnóstico y en este caso de VIH o SIDA, no sólo está implicado el cuerpo, sino también la esfera emocional, cognitiva, comportamental y por ende las áreas laboral/ académica, pareja y social; de ahí la importancia de una mayor comprensión de los síntomas y consecuencias de lo que implica tal situación y necesaria intervención multidisciplinaria con los pacientes de la clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, y es por tal motivo que se pretende estudiar la inteligencia emocional y su influencia en la condición del sentido de vida. Respecto a la inteligencia emocional, se infiere que se presenta en nivel bajo en los pacientes debido a que se observó crisis y estados de ansiedad y depresión; así también reacciones emocionales de irritabilidad, impulsividad, baja autoestima, sentimientos de culpa, sentimientos de minusvalía, ideas tanatógenas, mecanismos de defensa como negación, racionalización, justificación, etc. Las interconsultas a psiquiatría permiten evaluar la necesidad de una oportunidad intervención del equipo de salud mental en estos pacientes.

Es importante la hipótesis del presente estudio, argumentando que todas las características de desequilibrio emocional antes mencionadas, resumidas en un nivel bajo de inteligencia emocional, afectan a la condición del sentido de vida de la persona, y esto en base a la observación de poco adherencia al tratamiento o abandono del mismo, aislamiento social, escaso o ausencia de insight o reconocimiento de la enfermedad, deserción laboral o académica, poca

motivación hacia sueños y a la vida, etc., en los pacientes de la Clínica del VIH del HPGDR. Tomando en cuenta que el diagnóstico como tal es una situación complicada y puede ser percibida a manera de interpretaciones irracionales o catastróficas (un castigo por ejemplo), lo que va ocasionar emociones negativas como la ira la tristeza o la frustración. Dicho de otra manera, no se ha manejado de manera asertiva esta situación, añadido a las presiones sociales, en algunos casos carencias de redes de apoyo.

Es pertinente la interrogante ¿Cómo el nivel de inteligencia emocional afecta a la condición del sentido de vida de los pacientes? debido a factores que se han evidenciado como: cambio en el estilo de vida de pacientes, como en hábitos alimenticios, del sueño, asépticos y respecto a su vida sexual íntima; esta restructuración general en los pacientes con VIH afecta a su condición de sentido de vida, ya que si es el caso de que ya lo tenían establecido sufre una restructuración negativa. Por otra parte, si aún no han desarrollado puede que esta situación dificulte crearlo. Cabe recalcar, que la corriente humanista existencial menciona que una crisis puede convertirse en un motivo para crear un sentido de vida. Pero según esta tesis humanista existencial no han respondido los individuos que incluyen el grupo de estudio; por lo cual, es preciso desarrollar esta investigación para que así encontrar el entendimiento de la dinámica psíquica y emocional y espiritual de estos pacientes y de esta manera poder contribuir desde el área de psicología a su tratamiento, además de poder compartir con familiares, y a la sociedad en general la manera de percibir esta situación.

Es conveniente contribuir con información basada en la evidencia a los profesionales como: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales a un más acertado tratamiento en pacientes diagnosticados con VIH.

Es novedoso este proyecto de investigación debido a que en el Ecuador y a nivel mundial no existen estudios respecto a la relación entre la inteligencia emocional y el sentido de vida en pacientes VIH.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de una revisión bibliográfica relacionada con el tema se han encontrado las siguientes investigaciones relevantes:

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL SENTIDO DE VIDA

Realizado en Ciudad Juárez-México en el año 2010 por: Carrillo José y Porras Imelda.

Objetivo: Demostrar la relación estrecha que existe entre la inteligencia emocional y el sentido de vida.

Metodología: Se aplicaron dos instrumentos de recolección de información al total de los alumnos, uno que proporciona indicadores sobre la autoestima y la positividad y negatividad que estos tienen en la forma de ver la vida, y el otro que mide el nivel de sentido de vida. Los resultados de dichos instrumentos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows.

Resultados: Se determinó en el grupo de estudio una marcada tendencia al pesimismo. En cuanto al sentido de vida, la manifestación de la frustración existencial en el grupo de los varones es muy baja y no únicamente en relación al promedio obtenido por el grupo de las mujeres si no su promedio en general.

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Realizado en Santa Clara de Cuba en el periodo comprendido de noviembre de 2006 a abril de 2007 por: Suárez Dailys, Peñate Arelis y Crespo Yaimy.

Objetivo: Determinar las particularidades de la expresión estructural de la inteligencia emocional en una muestra de personas que viven con VIH del municipio de Santa Clara.

Metodología: Una de las pruebas más utilizadas en el estudio fue aportada por el Modelo de Salovey y Mayer. El Trait Meta Mood Scale, adaptado al castellano (TM-MS 24) por Fernández Berrocal. Los resultados se analizaron de forma cualitativa y cuantitativa. La valoración estadística se realizó mediante el paquete SPSS, versión 13.0.

Resultados: Se hallaron diferencias significativas en la expresión de la inteligencia emocional entre ambos grupos, resultando más afectada en las personas del grupo con diagnóstico de debut. Se observó como hallazgo una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional.

SENTIDO DE VIDA EN PERSONAS VIH POSITIVO

Realizado en Quetzaltenango-Guatemala en mayo del año 2011 por: Fuentes ArahelFredí y Mendoza Wendy.

Objetivo: Establecer la existencia de sentido de vida en las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia adquirida.

Metodología: Se utilizó el logo test, que mide el sentido de vida, al mismo tiempo se puede ver la contraposición que es la frustración existencial. Con una metodología estadística de significación y fiabilidad de las proporciones, para los resultados obtenidos en el test

Resultados: Los pacientes infectados con VIH positivo tienen sentido de vida, al mismo tiempo podemos concluir que no caen en frustración existencial por la adaptación razonable.

PARTICULARIDADES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Realizado en la provincia de Cienfuegos en Santa Clara de Cuba en el periodo comprendido desde agosto de 2010 hasta agosto de 2011 por: Suárez Dailys y Molerio Osana.

Objetivo: Conocer las particularidades de la Inteligencia Emocional (IE) en personas que viven con VIH en la provincia de Cienfuegos.

Metodología: Se aplicó un sistema de técnicas integrado por: Entrevista inicial, revisión de la historia epidemiológica y de la historia clínica, Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), Test de Zung y Conde, IDARE (Sub-Escala de Ansiedad Estado), cuestionario dirigido a los sujetos para conocer sus necesidades psicoeducativas relacionadas con la IE. Los resultados se procesaron cuantitativamente mediante el análisis estadístico utilizando el paquete SPSS, versión 15.0.

Resultados: Se constató la existencia de bajos niveles de IE en las personas que viven con VIH, caracterizada por altos niveles de atención emocional y bajos en relación a la claridad y regulación emocionales. Se encontraron diferencias significativas en la Inteligencia Emocional en relación con algunas variables sociodemográficas como: sexo, orientación sexual y estado civil. Los bajos niveles en la IE correlacionan significativamente con mayor desajuste emocional manifestado en elevada ansiedad y depresión, así como con una disminución de los CD4.

SENTIDO DE VIDA EN PERSONAS CON VIH/SIDA: IMPLEMENTACIÓN Y TRASCENDENCIA DE UN TALLER LOGOTERAPÉUTICO INTENSIVO

Realizado en México en el año 2016 por: Leguizamón Diana y Ortiz Vicente.

Objetivo: La investigación consistió en la elaboración e implementación de un taller logoterapéutico para personas del sexo masculino con VIH-SIDA, y determinar si su aplicación incrementaba el sentido de vida en los participantes.

Metodología: Se utilizó el instrumento de Logotest de Lukas y la Escala Existencial de Längle y Orgler, los cuales se aplicaron en tres diferentes momentos del proceso. Se utilizó la prueba no paramétrica de correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el Logotest y la Escala Existencial.

Resultados: El taller logoterapéutico incrementó el Sentido de Vida de los participantes. Así mismo, cuantitativa y cualitativamente se observó una disminución de la frustración existencial y

un aumento en la realización interior del sentido, la libertad, la responsabilidad, el autodistanciamiento y la autotrascendencia de quienes completaron en su totalidad la experiencia terapéutica.

2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La investigación a realizarse con el tema expuesto anteriormente se enmarca en un enfoque humanista existencial.

El presente análisis está basado en la teoría de Logoterapia, la cual su creador fue el Dr. Viktor Frankl, el mismo que en 1946 postula en su libro “El hombre en busca de sentido”, manifestando que la logoterapia o, como muchos autores la han llamado, "la tercera escuela vienesa de psicoterapia", se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida.

A lo concerniente a la variable de inteligencia emocional se toma como referente al Psi. Daniel Goleman quien fue el impulsador del término mediante su libro “Inteligencia Emocional” en 1995, mismo que la define como la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último pero no por ello, menos importante, la capacidad de empatizar y confiar en los demás.

2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1 Inteligencia Emocional

Se considera que el primer artículo científico sobre inteligencia emocional es el de Salovey y Mayer en 1990 con el título: Inteligencia Emocional. Posteriormente, partir de la publicación del libro “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman en 1995 se produce una gran difusión de este concepto. (Bisquerra, R., Punset, et al. 2012, p. 24)

La inteligencia emocional es la que permite al ser humano adaptarse a todo medio y situación siendo un ente participativo y productivo: cambiando creativamente entornos hostiles o tolerando las circunstancias que no están bajo su control; direccionar su energía a actividades productivas; reconocer en sí mismo las emociones a tal punto que pueda reflejarse en los demás; entender a los otros hasta ser un reflejo de ellos en sí mismo y explotar el potencial de sí mismo y los demás para cumplir objetivos.

2.3.1.1 Emociones

Las emociones son definidas como un estado mental que surge espontáneamente, es una sensación o estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influenciados por la experiencia. No es un esfuerzo consciente. (Guerri, 2014, p.11)

Históricamente el término emoción viene del latín mover, que significa, “movimiento o impulso”, “aquello que te mueve hacia”, por lo tanto, es también una tendencia a actuar en función de un estímulo que puede ser una percepción de algo externo, un pensamiento, o ambos. (Guerri, 2014, p.11)

El concepto de emoción elaborado por Bisquerra: Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. Una emoción depende de lo que es importante para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede

producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión). (Vivas, Gallego y González, 2007, p.19)

2.3.1.2 Función de las emociones

En condiciones normales, las emociones tienen una función adaptativa ya que nos permiten relacionarnos con nuestro entorno, por ejemplo, en las épocas prehistóricas, un estímulo peligroso como podría ser la presencia cercana de un depredador, nos producía miedo, y dicho miedo hacía que se acelerara el pulso cardíaco, enviando más sangre a los músculos preparando a estos para una eventual huida. (Guerri, 2014, p.14)

En ocasiones las emociones lejos de producir ese ajuste adaptativo, nos incapacitan y bloquean por completo o hacen que esa relación con nuestro entorno sea desajustada, causándonos además un enorme sufrimiento interno, es entonces cuando hablamos de “alteración emocional”. En definitiva, la percepción, el pensamiento y la emoción están íntimamente ligados entre sí, ninguno puede vivir sin el otro. (Guerri, 2014, p.14-15)

2.3.1.3 Elementos Constitutivos de la Emoción

La emoción está formada por los siguientes elementos:

- a. Una situación o estímulo que reúne ciertas características, o cierto potencial, para generar tal emoción.
- b. Un sujeto capaz de percibir esa situación, procesarla correctamente y reaccionar ante ella.
- c. El significado que el sujeto concede a dicha situación, lo que permite etiquetar una emoción, en función del dominio del lenguaje con términos como alegría, tristeza, enfado, entre otros.
- d. La experiencia emocional que el sujeto siente ante esa situación.
- e. La reacción corporal o fisiológica: respuestas involuntarias: cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, sudoración, sequedad en la boca, presión sanguínea.
- f. La expresión motora-observable: expresiones faciales de alegría, ira, miedo, entre otras; tono y volumen de voz, movimientos del cuerpo, sonrisa, llanto y otros. (Ibíd)

2.3.1.4 Categorías Básicas de las Emociones

Existen 6 categorías básicas de las emociones. (Guerri, 2014, p.15-16)

- **Miedo:** Es la anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad.
- **Sorpresa:** Es el sobresalto, el asombro, el desconcierto. Es una emoción muy transitoria. Puede dar una aproximación cognitiva para saber qué pasa.
- **Aversión:** Es el disgusto o el asco, solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión.
- **Ira:** Es la rabia, el enfado, el resentimiento, la furia, la irritabilidad y todo aquello que nos hace sentir enojo.
- **Alegría:** Es la diversión, la euforia, lo que nos da una sensación de bienestar y de seguridad.
- **Tristeza:** Es sinónimo de pena, sentimiento de soledad y pesimismo. (Ibíd)

2.3.1.5 Estilos de Manejo Emocional

Existen varios estilos diferentes de personas en cuanto a la forma de atender o tratar con sus emociones. (Goleman, 2009, p.35)

La persona consciente de sí misma: Como es comprensible, la persona que es consciente de sus estados de ánimo mientras los está experimentando goza de una vida emocional más desarrollada. Son personas cuya claridad emocional impregna todas las facetas de su personalidad; personas autónomas y seguras de sus propias fronteras; personas psicológicamente sanas que tienden a tener una visión positiva de la vida; personas que, cuando caen en un estado de ánimo negativo, no le dan vueltas obsesivamente y, en consecuencia, no tardan en salir de él. Su atención, en suma, les ayuda a controlar sus emociones. (Ibíd)

Las personas atrapadas en sus emociones: Son personas que suelen sentirse desbordadas por sus emociones y que son incapaces de escapar de ellas, como si fueran esclavos de sus estados de ánimo. Son personas muy volubles y no muy conscientes de sus sentimientos, y esa misma falta de perspectiva les hace sentirse abrumados y perdidos en las emociones y, en

consecuencia, sienten que no pueden controlar su vida emocional y no tratan de escapar de los estados de ánimo negativos. (Ibíd)

Las personas que aceptan resignadamente sus emociones: Son personas que, si bien suelen percibir con claridad lo que están sintiendo, también tienden a aceptar pasivamente sus estados de ánimo y, por ello mismo, no suelen tratar de cambiarlos. Parece haber dos tipos de aceptadores, los que suelen estar de buen humor y se hallan poco motivados para cambiar su estado de ánimo y los que, a pesar de su claridad, son proclives a los estados de ánimo negativos y los aceptan con una actitud de *laissez-faire* que les lleva a no tratar de cambiarlos a pesar de la molestia que suponen (una pauta que suele encontrarse entre aquellas personas deprimidas que están resignadas con la situación en que se encuentran). (Ibíd)

2.3.1.6 Las Emociones y el Proceso Emocional

El interés científico por las emociones ha tenido gran impulso en la última década del pasado siglo. La emoción se ha convertido en un tema de interés para distintas disciplinas. Resulta difícil definir en un sentido estricto lo que significa la emoción. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.17)

A pesar de estas limitaciones y dificultades conceptuales, destacamos lo siguiente:

- a) La emoción es un proceso complejo, multidimensional, en el que están integradas respuestas de tipo neurofisiológico, motor y cognitivo. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.17)
- b) En los seres humanos emoción y cognición están integrados. Ser solamente racionales nos niega el acceso a una fuente compleja de conocimientos emocional, que informa adaptativamente a la acción y contribuye a la resolución de problemas y a la toma de decisiones. Las emociones son indispensables para la toma de decisiones porque orientan en la dirección adecuada. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.17)
- c) Una de las funciones del aspecto emocional es la función de supervivencia, lo menciona Goleman: nuestro bagaje emocional tiene un extraordinario valor de supervivencia y esta importancia se ve confirmada por el hecho de que las emociones han terminado integrándose en el sistema nervioso en forma de tendencias innatas automáticas. (Goleman, 2009, p.8)

- d) Otra característica explica Goleman: en un sentido real, todos tenemos dos mentes, una mente que piensa y otra que siente, y estas dos formas de conocimiento interactúan para construir nuestra vida mental. La mente racional es la modalidad de comprensión de la que solemos ser más conscientes, nos permite ponderar y reflexionar. El otro tipo de conocimiento, más impulsivo y más poderoso –aunque a veces ilógico- es la mente emocional. (Goleman, 2009, p.11)
- e) Se justifica la existencia de la parte emocional en la vida humana, como lo dice Greenberg: existe una razón para que seamos emocionales. Nuestras emociones son parte de nuestra inteligencia. Es necesario resolver la división entre emocional y racional, dando un nuevo paso evolutivo cultural. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.18)
- f) Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón. El cerebro emocional se halla tan implicado en el razonamiento como lo está el cerebro pensante. La emoción guía nuestras decisiones instante tras instante, trabajando mano a mano con la mente racional y capacitando, o incapacitando, al pensamiento mismo. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.18)

2.3.1.7 Inteligencia Emocional

2.3.1.7.1 Concepto de Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional (IE) según Goleman, es el uso inteligente de las emociones: hacer que, intencionalmente, las emociones trabajen para nosotros, utilizándolas de manera que nos ayuden a guiar la conducta y los procesos de pensamiento, a fin de alcanzar el bienestar personal. Peter Salovey y Jhon Mayer, de las universidades de New Hampshire y de Yale fueron de los primeros investigadores en utilizar el término “Inteligencia emocional” con el mismo sentido de uso actual, pero el concepto adquirió mayor notoriedad a partir de la publicación del libro “Inteligencia Emocional. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.13)

El concepto de inteligencia emocional es quizás la gran revelación de la psicología del siglo XX, en cuanto a los nuevos elementos que aporta para la comprensión de la inteligencia humana. Estos nuevos conocimientos permiten una visión más realista y válida de los factores que conducen a la eficacia y adaptación personal, ayudando a tener una visión más equilibrada del papel que juegan la cognición y la emoción en la vida de las personas. Es tal el auge de las

investigaciones en este campo, que se puede afirmar que la inteligencia emocional es un concepto en amplia expansión. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.13)

Existe diferencias entre las personas que han desarrollado inteligencia emocional y las que no, para explicarlo. Las personas emocionalmente desarrolladas, es decir, las personas que gobiernan adecuadamente sus emociones y que también saben interpretar y relacionarse efectivamente con las emociones de los demás, disfrutan de una situación ventajosa en todos los dominios de la vida. Estas personas suelen sentirse más satisfechas, son más eficaces y más capaces de dominar los hábitos mentales que determinan la productividad. Quienes, por el contrario, no pueden controlar su vida emocional, se debaten en constantes luchas internas que socavan su capacidad de trabajo y les impiden pensar con suficiente claridad. (Goleman, 2009, p, 27)

2.3.1.7.2 La Inteligencia Emocional: Un Concepto en Expansión

La inteligencia emocional se refiere a la capacidad de identificar, comprender, y manejar las emociones en uno mismo y en los demás. La inteligencia emocional es la base de la competencia emocional, entendida como una capacidad adquirida que puede desarrollarse a través del modelamiento y la educación. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.14)

Desde esta perspectiva, la inteligencia emocional es una habilidad que implica tres procesos:

1. Percibir: reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
2. Comprender: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
3. Regular: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas. (Ibíd).

2.3.1.7.3 Las Personas Emocionalmente Inteligentes

En las relaciones es una de las áreas donde se puede analizar el nivel de inteligencia emocional que posee una persona, para Goleman la inteligencia emocional se refleja en la manera en que las personas interactúan con el mundo. Las personas emocionalmente inteligentes toman muy en cuenta sus propios sentimientos y los de los demás; tienen habilidades relacionadas con el control de los impulsos, la autoconsciencia, la valoración adecuada de uno

mismo, la adaptabilidad, motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, que configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, indispensables para una buena y creativa adaptación. (Vivas, Gallego y González, 2007, p.15)

En la inteligencia emocional se explica que son dos partes que la integran: La inteligencia emocional tiene un componente intrapersonal y un componente interpersonal. Lo intrapersonal comprende las capacidades para la identificación, comprensión, y control de las emociones en uno mismo, que se manifiestan en la autoconciencia y el autocontrol. El componente interpersonal, comprende a su vez la capacidad de identificar y comprender las emociones de las otras personas, lo que en psicología se denomina ser empático; y la capacidad de relacionarnos socialmente de una manera positiva; es decir, poseer habilidades sociales. (Goleman, 2009, p.28-29)

Ilustración N°1



- *Saben qué emociones experimentan y por qué.*
- *Perciben los vínculos entre sus sentimientos y lo que piensan, hacen y dicen.*
- *Conocen sus puntos fuertes y débiles.*
- *Son reflexivas y se muestran seguras de sí mismas.*
- *Controlan su impulsividad y las emociones perturbadoras.*
- *Piensan con claridad y no pierden el control cuando son sometidos a presión.*
- *Son socialmente equilibradas y comprenden los sentimientos y preocupaciones de los demás, así como su perspectiva.*

Nota: (Vivas, Gallego y González, 2007, p. 14)

2.3.1.7.4 Componentes Fundamentales de la Inteligencia Emocional

La moderna investigación de la inteligencia atribuye un importante papel al conocimiento de uno y a la sensibilidad frente a otros, lo que Gardner denomina inteligencia intrapersonal o

interpersonal. El mérito de Salovey y Mayer escrita en que concretaron qué es lo que de hecho integra la competencia emocional. Identificaron cinco capacidades parciales diferentes: (Martin y Boeck, 2012, p.66-86)

1. Reconocer las propias emociones: Para percibir las propias emociones, manejarlas y desarrollarlas necesitamos un distanciamiento interior frente a nosotros mismos, que los psicólogos denominan “meta-mood” y la atención no tienen nada que ver con la contemplación narcisista de uno mismo. Se trata más bien de observar y relativizar desde fuera las propias turbulencias emocionales como un observador objetivo y neutral y sobre todo, que no emita juicios de valor. Reconocer un estado anímico negativo significa querer librarse de él. Cultivar la vida emocional de esta manera presupone tres cosas: dar entrada a las emociones, prestar atención a las señales emocionales e identificar el desencadenante. (Ibíd)

2. Saber manejar las propias emociones: Emociones como el miedo, la ira o la tristeza son mecanismo de supervivencia que forman parte de nuestro bagaje básico emocional. No podemos elegir nuestras emociones. No se pueden simplemente desconectar o evitar. Pero está en nuestro poder conducir nuestras reacciones emocionales y completar o sustituir el programa de comportamiento congénito primario, como el deseo o la lucha por las formas de comportamiento aprendidas y civilizadas como el flirteo o la ironía. Lo que hagamos con nuestras emociones, el hecho de manejarlas de forma inteligente, depende de la inteligencia emocional. Las tres posibilidades fundamentales de dirigir el curso de las emociones asaltan: el apaciguamiento, la represión y la modificación de la educación. (Ibíd)

3. Utilizar el potencial existente: Alcanzar un máximo rendimiento requiere una combinación de emociones que hay que generar de forma consciente en uno mismo: fuerza de voluntad, capacidad de automotivarse, una actitud básicamente optimista, un discurso positivo y la capacidad de inhibirse del espacio y el tiempo. Por lo tanto, la fuerza de voluntad y la capacidad de sacrificarse por un objetivo más elevado contribuyen a la capacidad de rendimiento intelectual con independencia del cociente intelectual. La capacidad de controlar los impulsos es una condición previa indispensable para poder desarrollar los talentos innatos. (Ibíd)

Aquellas personas que han adoptado un discurso optimista, a menudo obtienen resultados que en realidad están muy encima de sus capacidades objetivas. Los pesimistas atribuyen sus resultados a la incapacidad personal o la indefensión, es difícil librarse de ellos. Su voz interior intimidadora, amonestadora y refunfuñona hace que se comporten de forma más pasiva y más improductiva que las personas optimistas y que desesperen con mayor felicidad de sí mismos y del resto del mundo. (Ibíd)

4. Saber ponerse en el lugar de los demás: La inteligencia emocional no consiste sólo en saber manejar las propias emociones. Por lo menos tan importante como eso es la empatía, la percepción de las emociones de otras personas. Presupone que estamos en situación de poder interpretar correctamente la expresión del rostro y la actitud corporal de los demás, de ver la situación desde su punto de vista y anticipar sus emociones. Saber ponerse en el lugar del otro presupone que conocemos nuestras propias emociones, las aceptamos y no las reprimimos. La persona que tiene miedo de sus propias emociones ignorará también, mientras pueda, las señales emocionales de otras personas. La empatía requiere relaciones auténticas, libres de toda apariencia. (Ibíd)

Cuando otras personas nos confían sus pensamientos, preocupaciones o miedos, la mayoría de las veces respondemos hablando de experiencias semejantes por las que hemos pasado nosotros, o con consejos bien intencionados. Ambas cosas pueden ser a veces de gran ayuda cuando se trata de problemas cotidianos. Sin embargo, en situaciones críticas o ante decisiones difíciles, estas reacciones referidas al propio yo son poco constructivas. La alternativa es “escuchar de forma activa”, es decir situarse en el mundo emocional y mental de nuestro interlocutor, sin hacer ninguna valoración del mismo. (Ibíd)

5. Crear relaciones sociales: En todo contacto con otras personas entran en juego las capacidades sociales. Que tengamos un trato satisfactorio con las demás personas depende, entre otras cosas, de nuestra capacidad de crear y cultivar las relaciones, de conocer los conflictos y solucionarlos, de encontrar el tono adecuado y percibir los estados de ánimo del interlocutor. La competencia social, está más relacionada con la convivencia externa de las personas, el desenvolvimiento social exento de fricciones y el control de las reglas del juego social. No es

ninguna casualidad que la competencia social en la vida, tanto en la profesional como en la privada, juegue un papel cada vez más importante; nunca antes, a lo largo de la historia, los seres humanos habían estado tan obligados como en la actualidad a organizar por sí mismo su vida social. (Ibíd)

Las amistades y las relaciones hay que cuidarlas. Establecerlas y mantenerlas requiere un intercambio de prestaciones y contraprestaciones en muchos aspectos. Todo ello requiere prestar atención a las emociones, a los asuntos y a los problemas de otras personas. Visto así, es lógico que nuestras diversas relaciones sociales produzcan un rendimiento: ya sea proporcionándonos información ventajosa, un progreso profesional, libertad de movimientos, seguridad interior y exterior, un efecto amortiguador en situaciones de estrés, o un enriquecimiento de la propia vida. (Ibíd)

Cuando mayor es nuestra competencia social mejor se adaptan nuestras emociones a los “esquemas emocionales” o reglas de expresión que son aceptables en un contexto social. Estas determina quién, cuándo, y qué emociones pueden manifestarse hacia fuera y de qué manera. Dependiendo de la situación, puede que sea necesario: minimizar la emoción, exagerar la emoción, compensar una emoción. (Ibíd)

Las personas capaces de admitir las emociones de los demás poseen una elevada receptividad para las señales emocionales. De forma inconsciente, y casi sin darse cuenta, imitan la mímica y la actitud corporal de su interlocutor, el ritmo de su discurso y su tono de voz, y de esta manera consiguen establecer las condiciones previas para que se produzca la consonancia anímica. Cuando más elevada la sintonía corporal, más intensa será también la armonización de las emociones. La sincronización de las emociones determina si se tiene la sensación de estar en la misma longitud de onda que otras personas o no. Es una necesidad para mantener unas buenas relaciones: en el trabajo, en la familia, en la pareja y en el trato cotidiano con otras personas. (Ibíd)

2.3.1.7.5 La Inteligencia Emocional en la Salud

La medicina china lo sabe desde hace tiempo: la salud y las emociones están estrechamente ligadas. Así pues, establece una relación entre los trastornos orgánicos y determinadas emociones y estados de ánimo. En la actualidad la estrecha relación entre el alma y el cuerpo también se tiene en cuenta en la medicina occidental. Cada vez hay más pacientes y médicos que reclaman una medicina global que no considere al organismo un simple aparato que funcione de forma mecánica. En consecuencia, los factores psicológicos del paciente deben incluirse en los diagnósticos, los tratamientos y la prevención de enfermedades. En este sentido, los terapeutas satisfacen una necesidad que es descuidada por muchos profesionales de la medicina académica y más bien técnica. (Martin y Boeck, 2012, p. 127)

No en vano perdura el dicho “mensana incorpore sano”. En múltiples ocasiones podemos observar como las emociones positivas previenen enfermedades o una vez que éstas han aparecido, pueden contribuir a su curación, y en cambio las emociones negativas ayudan a bajar las defensas de nuestro organismo y contraer enfermedades. Cuando disponemos de una actitud mental correcta tenemos menos probabilidad de padecer un ataque cardiaco, vencemos antes una infección o superamos un cáncer. La salud mental es la medicina más poderosa que tenemos y la más olvidada de todas las terapias del XXI. (Guerri, 2014, p.94)

Algunas actitudes emocionales como el miedo, la ansiedad, la ira o el resentimiento, producen un efecto dañino en el cuerpo, otras promueven la felicidad, el bienestar y aumentan la resistencia a la enfermedad. Incluso en presencia de una enfermedad declarada los datos clínicos a nivel mundial confirman los beneficios médicos de los sentimientos positivos y el poder curativo del apoyo emocional proporcionado por las personas que rodean a un paciente, desde los familiares más íntimos hasta los profesionales que trabajan en el área de salud y tiene contacto con él. (Guerri, 2014, p.95)

2.3.1.7.5.1 Sistema Inmunológico

Durante mucho tiempo la medicina ha considera al sistema inmunológico como un sistema cerrado que se autorregulaba. Sin embargo, el neurobiólogo David Felten ha descubierto que a cada órgano del sistema inmunológico llegan determinados haces del sistema nerviosos. Las

sustancias químicas que actúan como mensajeros, los neurotransmisores establecen mediante estas conexiones como un intercambio de información entre el cerebro y el sistema inmunológico. De ahí se deduce que los pensamientos y emociones pueden influir en las defensas frente a la enfermedad. (Martin y Boeck, 2012, p.132)

Las situaciones de estrés, por ejemplo, una separación o la pérdida del puesto de trabajo, pueden causar un debilitamiento del sistema inmunológico. Esto se produce, sobre todo, cuando la situación desencadenante del estrés se vive como incontrolable. Felten observó durante sus trabajos sus trabajos de investigación que la soledad y la reducción de las defensas frente a la enfermedad suelen aparecer asociadas: la soledad parece un factor de riesgo para el sistema inmunológico. Un estudio realizado con estudiantes de medicina dio como resultado que aquellos que tenía menos respaldo social y se sentían más sólo poseían unas defensas crónicamente debilitadas con mayor frecuencia que aquellos que tenían no aprobar examen. (Ibíd)

2.3.1.7.5.2 Aplicando la Inteligencia Emocional en Medicina

Todos tenemos un potencial de fortaleza interior que muchas veces está por descubrir. Por fortuna cada vez son más las personas que creen en él y aprenden a utilizarlo para mejorar su salud. Esto nos puede ayudar en el camino de autoconocimiento y también de la mejora de nuestro control emocional. Por su lado, la medicina cada vez más amplia su visión y tiene en cuenta el impacto que las emociones ejercen en las personas, aunque no siempre es así. Para eso debemos tener en cuenta dos grandes supuestos de los descubrimientos científicos (Guerri, 2014, p.95-96)

Mejorar el control de las emociones: Es importante ayudar a la gente a manejar mejor sentimientos perturbadores como la ira, la amargura, la ansiedad, el pesimismo o la soledad. Es una forma de prevención de la enfermedad. Teniendo en cuenta que los datos muestran que la toxicidad de estas emociones, cuando son crónicas, se encuentran al mismo nivel que el hábito de fumar, ayudar a la gente a enfrentarse mejor a ellas podría representar para la salud una recompensa tan grande como lograr que los fumadores abandonaran el hábito. (Ibíd)

Atender las necesidades psicológicas: Muchas personas mejoran notablemente su salud cuando sus necesidades psicológicas son atendidas al mismo tiempo que las puramente médicas. Si bien el hecho de que un médico o una enfermera ofrezcan consuelo y alivio a un paciente ya es un paso importante, a veces no es suficiente. Así pues, la oportunidad de brindar un cuidado emocional se pierde a menudo debido a la forma en que se practica la medicina en la actualidad, con una base tan técnica. Por desgracia, a pesar de los datos cada vez más numerosos sobre la utilidad médica de atender las necesidades emocionales, muchos facultativos se muestran aun escépticos con respecto a que las emociones de sus pacientes tengan importancia clínica y desechan las pruebas en este sentido como anecdóticas, o peor aún, como simples las exageraciones. (Ibíd)

Finalmente, está el valor de un médico o enfermera empáticos, que tienen sintonía con los pacientes capaces de escuchar y ser escuchados. Esto supone fomentar el “cuidado basado en la relación”, reconociendo que la relación entre el médico y paciente es en sí misma un factor significativo. Tales relaciones deberían ser fomentadas más rápidamente si la educación médica incluyera algunas herramientas básicas para la inteligencia emocional, sobre toda la consciencia de uno mismo y las artes de la empatía y del saber escuchar. (Ibíd)

2.3.1.7.5.3 Determinación en lugar de Indefensión

Por lo general, el éxito del tratamiento depende en gran parte del grado de implicación activa del propio paciente. Ya la mera ingestión regular de los medicamentos prescritos requiera la cooperación del mismo. El médico sólo puede escribir la receta y establecer la dosificación, pero está en manos del paciente el hacer uso o no de esa receta y después los medicamentos en la dosis y durante todo el tiempo prescritos para el tratamiento, así como de hacerse las pruebas prescritas por él, o someterse algún tipo de restricción alimenticia o física. (Guerri, 2014, p.97)

La enfermedad y el tratamiento médico suponen, en cualquier caso, una carga emocional así como una fuente de estrés. Se ha podido demostrar que este estrés se vive de forma mucha más intensa cuanto menores son las posibilidades de influir sobre los factores desencadenantes de ese estrés. Lo cierto es que el tener actitudes emocionalmente inteligentes tendrá efectos muy

beneficios en la salud general, puesto que actúan retroalimentándose. En esto se diferencian de los preceptos de la salud puramente física, que ofrecen un efecto mucho más definido. (Ibíd)

2.3.1.8 Particularidades de la Inteligencia Emocional en personas que viven con VIH

Se constató la existencia de bajos niveles de IE en las personas que viven con VIH, caracterizada por altos niveles de atención emocional y bajos en relación a la claridad y regulación emocionales. Se encontraron diferencias significativas en la Inteligencia Emocional en relación con algunas variables sociodemográficas como: sexo, orientación sexual y estado civil. Los bajos niveles en la IE correlacionan significativamente con mayor desajuste emocional manifestado en elevada ansiedad y depresión, así como con una disminución de los CD4. (Suárez y Molerio, 2011, p.79)

2.3.1.9 Psiquiatría y Psicología en VIH

Los trastornos psiquiátricos son muy frecuentes en la población de pacientes infectados por el VIH. La prevalencia de infección por el VIH en pacientes con trastorno mental grave es mayor que en la población general, ya que facilitan conductas de riesgo de contagio de la infección; otros trastornos psiquiátricos son consecuencia directa de la infección (el VIH invade el SNC en fases tempranas de la infección y afecta predominantemente estructuras subcorticales y del sistema límbico), de sus complicaciones (algunas infecciones oportunistas que afectan el SNC), o de tratamientos utilizados. Finalmente, existen otros trastornos psiquiátricos debidos a las consecuencias psicosociales de la infección. (Gatell, Clotet, Podzamczer, Miró y Mallolas, 2015, p.235)

Los trastornos psiquiátricos en los pacientes infectados por el VIH juegan un papel importante dado que son de los principales factores implicados en el empeoramiento de la calidad de vida, favorecen la presencia de conductas de riesgo para el contagio y una menor utilización de medidas profilácticas y son un factor independiente relacionado con una mala adherencia al tratamiento... Los síndromes psiquiátricos más relevantes con la infección por el VIH son: síndrome depresivo, suicidio, síndrome ansioso, síndrome maniaco, síndrome psicótico, deterioro cognitivo, trastornos del sueño y disfunción sexual. (Gatell, J., et al, 2015, p. 236)

El VIH conlleva repercusiones tanto en las personas infectadas, así como en su entorno familiar y social, personal sanitario y sociedad en general. Se trata de una enfermedad compleja a la que se añaden una serie de aspectos que dificultan su abordaje: diferentes maneras de vivir la sexualidad, miedo a la infección, marginación, uso de sustancias tóxicas. La persona afectada atraviesa diferentes etapas a lo largo del proceso de enfermedad. Durante ese recorrido experimentará toda una serie de emociones que irán apareciendo ante cada situación nueva que se le vaya presentando: el diagnóstico, comunicar o no la nueva situación a familiares/amigos, el miedo al rechazo, el inicio del tratamiento, los cambios de medicación, las enfermedades oportunistas, etc. Los cambios anímicos pueden ser rápidos dependiendo a veces del resultado de un simple análisis de sangre. Por otro lado, la enfermedad se sigue manteniendo oculta con frecuencia con los problemas sociales, laborales, en definitiva de relación con el exterior que esto puede generar. Las emociones que pueden surgir van de la tristeza a la ansiedad, pasando por el miedo, la rabia o la culpa. (Gatell, C., et al, 2015, p.236)

2.3.2. Sentido de vida

Sobre la pregunta del sentido de la vida Frankl refiere que lo que de verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud hacia la vida. Tenemos que aprender por nosotros mismos y después, enseñar a los desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros. Tenemos que dejar de hacernos preguntas sobre el significado de la vida y, en vez de ello, pensar en nosotros como en seres a quienes la vida les inquiriera continua e incesantemente. Nuestra contestación tiene que estar hecha no de palabras ni tampoco de meditación, sino de una conducta y una actuación rectas. En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo. (Frankl, 1991, p.46)

Dichas tareas y, consecuentemente, el significado de la vida, difieren de un hombre a otro, de un momento a otro, de modo que resulta completamente imposible definir el significado de la vida en términos generales. Nunca se podrá dar respuesta a las preguntas relativas al sentido de la vida con argumentos especiosos. "Vida" no significa algo vago, sino algo muy real y concreto, que configura el destino de cada hombre, distinto y único en cada caso. Ningún hombre ni ningún destino pueden compararse a otro hombre o a otro destino. (Frankl, 1991, p.46)

Ninguna situación se repite y cada una exige una respuesta distinta; unas veces la situación en que un hombre se encuentra puede exigirle que emprenda algún tipo de acción; otras, puede resultar más ventajoso aprovecharla para meditar y sacar las consecuencias pertinentes. Y, a veces, lo que se exige al hombre puede ser simplemente aceptar su destino y cargar con su cruz. Cada situación se diferencia por su unicidad y en todo momento no hay más que una única respuesta correcta al problema que la situación plantea. (Frankl, 1991, p.46)

2.3.3 Logoterapia

El término logoterapia, proviene del griego logos, que significa sentido, significado, propósito, tratado, discurso. También denominada la tercera escuela Vienesa de psicoterapia, centrada en el significado de la existencia humana, es decir en la búsqueda de sentido del hombre, la que es una primera motivación. Logo o sentido no es algo que nace de la propia existencia sino de algo que le haga frente. La voluntad de sentido es algo que también puede frustrarse y en ese caso la

logoterapia no advierte que está en presencia de una frustración existencial. (Mendoza, 2011, p.15)

Con la logoterapia se penetra en la dimensión espiritual de la existencia humana. De hecho logos significa también espíritu, por lo que en términos espirituales, la logoterapia considera términos como aspiración humana a una existencia significativa y la frustración de este anhelo. El interés por lo que la vida de valiosa, es una angustia espiritual pero no una enfermedad. La logoterapia ayuda al paciente a encontrar el sentido de la vida. La logoterapia se enfoca al futuro y al aplicarla el paciente tendrá que enfrentar el sentido de la propia vida, corrigiendo y orientando la conducta. (Mendoza, 2011, p.16)

El doctor Viktor E. Frankl, principal representante de esta terapia, menciona: No hay nada en el mundo capaz de ayudar a sobrevivir, aun en las peores condiciones, como el hecho de saber que la vida tiene sentido. Y añade que hay mucha sabiduría en Nietzsche cuando dice: Quien tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo. Esto quiere decir que la persona puede aguantar cualquier situación y la forma de cómo suceda dicha situación o problema, únicamente cuando tiene un sentido, objetivo o una meta en la vida. (Ibíd)

Así como es benéfico saber el sentido de la vida, el sentimiento de que la vida misma carece total y definitivamente de esta, influye nocivamente para caer en un vacío existencial; el cual se manifiesta sobre todo como un estado de tedio, aburrimiento, de hastío y es uno de los problemas que lleva a visitar al psiquiatra. (Ibíd)

2.3.3.1 Existencialismo

El existencialismo, pone énfasis en la existencia humana, destacando la manera en la que cada individuo vive la propia vida. Para los existencialistas, el ser humano es un ser libre, indeterminado, inteligente, voluntario, consciente, responsable, que consigue la propia unicidad e individualidad a pesar de los impulsos, las tendencias y los condicionamientos socioculturales. Se refiere a esa facultad del ser humano, puesto que existe, de salir de sí mismo para ir al encuentro de Dios, el mundo y el prójimo. Velázquez, 2009, p. 98)

El existencialismo pretende ser un ser humanista, es decir, el hombre es lo que interesa y no las ideas y las cosas. No el hombre como un ser más en el conjunto de la naturaleza, pues esto sería considerado como ser natural o cosa, tendría que estudiarse como idea y no como algo concreto o singular. (Mendoza, 2011, p. 24)

2.3.3.1.1 Análisis Existencial

Frankl menciona, que el análisis existencial, no solo procura descubrir algo, sino también despertar algo. Lo que descubre es la humanidad intacta e invulnerable. Son tres existenciales los que constituyen el existir humano, siendo estos: Espiritualidad, libertad y responsabilidad. (Mendoza, 2011, p. 24)

Längle refiere el análisis existencial es; un análisis de la persona concreta, con ello es un análisis en sentido óntico, que lleva al enfermo hasta la vivencia radical de la responsabilidad. Por consiguiente se trata en el análisis existencial de un proceso de concientización. Hacerse consciente de tener una responsabilidad, del motivo espiritual principal de todo ser humano y de lo espiritualmente inconsciente. El análisis existencial quiere hacer consciente aquella espiritualidad no reflexionada, como aparece en todos los actos de conocimiento originarios y decisiones de conciencia, se denomina existencia, porque al fundamento del ente espiritual del ser humano le corresponde que siempre consta de ejecuciones de actos irreflexionados, mejor dicho sucede inconscientemente. En este sentido también lo espiritual en el ser humano es en último término inconsciente. Por la tarea de hacer consciente las situaciones, es el análisis existencial la psicoterapia que lleva hacia lo espiritual, por lo que se puede definir como análisis existencial. (Mendoza, 2011, p. 25)

2.3.3.1.2 Crisis Existencial

Llanos expone, cuando las frustraciones, no han sido superadas con la fuerza de la esperanza, pueden desembocar en una situación de crisis existencial. La crisis, sin embargo, con no poca frecuencia es solo una toma de conciencia de la realidad, la base de una conversión a la verdad: una sospecha fundada de que la vida no está sólidamente cimentada, de que quizá sea necesario desmontar toda la estructura y edificarla sobre otras bases. (Mendoza, 2011, p. 26)

La sensación de vacío puede representar un boquete de claridad que permita mirar más allá del túnel evasivo. En un momento de depresión se piensa: ¡qué extraño se siente como persona el día de hoy! como si todo lo que parecía importante hubiera dejado de serlo. Sí, es como si todo lo que estaba encima se hubiera puesto debajo. No se da cuenta, sin embargo, de que precisamente en ese momento ha sucedido algo muy significativo: Por un momento se ha levantado el velo de la mentira cotidiana y se ha llegado a vislumbrar un retazo de la realidad de uno mismo y de Dios. (Ibíd)

2.3.3.1.3 Vacío Existencial

La pérdida del sentimiento de que la vida es significativa", las personas presentan "el sentimiento de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido. Se ven acosados por la experiencia de su vaciedad íntima, del desierto que albergan dentro de sí". "Un sentimiento de vacío interior y de absurdidad de la vida, una incapacidad para sentir las cosas y los seres". Se siente qué ¿la vida no tiene sentido? y que no vale la pena vivirla. (Castro, 2006, párr. 8)

Pero no hay sólo un tiempo libre de algo, sino un tiempo libre para algo; el hombre y la mujer existencialmente frustrados, no conocen nada con lo que podrían llenar el vacío existencial. Frankl menciona vacío existencial, puede surgir como consecuencia de enfermedades que pongan en peligro explícito la vida del individuo. Así, las enfermedades terminales, por ejemplo, son una fuente fuerte de vacío y frustración para quien las padece con actitud negativa. (Mendoza, 2011, p. 29)

Las razones psicológicas radican en la medida en la que la persona encuentre un límite en la voluntad de sentido. Mientras que ella tenga hacia dónde dirigirse y así logre trascender a la propia situación para ser consciente de lo externo, podrá librarse de esa frustración del vacío existencial. Dicha frustración suele ser causada, según la Logoterapia, básicamente por el aburrimiento o la apatía. (Ibíd)

2.3.3.1.4 Frustración

Llano muestra que la frustración es una tentativa de realización personal fracasada, una motivación vital que no alcanzó el éxito deseado. La motivación, la expectativa de felicidad, es

necesaria para sustentar cualquier proyecto vital. Cuando hay motivaciones la vida cuenta con energías suficientes para superar cualquier dificultad u obstáculo, con la disposición suficiente para continuar caminando. Pero si las motivaciones desaparecen, se tiene la impresión de que el combustible se acaba, de que el motor de la vida se para. (Mendoza, 2011, p. 30)

La frustración definitiva se adueña de aquellos que huyen por el túnel de la evasión y no se asoman al benéfico calor de la fe. Las experiencias personales así lo confirman. Dicen que existen dos clases de frustración. La primera se siente cuando no se consigue aquello que se desea, provocando irritación, a veces, cuando fallan nuestros proyectos, o las circunstancias y las personas no corresponden a las expectativas; la segunda mucho más profunda y dolorosa, no viene cuando se consigue aquello que se desea y se dan cuenta de que, al final, aquello no satisface a la persona. (Ibíd)

2.3.3.1.5 Frustración Existencial y el Sentido de la Vida

Viktor Frankl, se expresa de forma sorprendente, cuando dice: No se vacila en afirmar que siempre que alguien está desesperado consigo mismo es porque ha divinizado algo, ha hecho de algo un valor absoluto. Una época como la de hoy, en que tan difundida está la frustración individual, es de angustia desesperada para tantos, precisamente porque es una época en la que a muchos les falta un sentido para la vida, y esto sucede porque divinizan la capacidad de trabajo y de placer. Es indiscutible que también en tiempos pasados se daba la frustración existencial, pero los hombres afectados por ella iban al sacerdote y no al médico; ahora deberían hacer lo mismo. (Mendoza, 2011, p. 31)

2.3.3.1.6 Frustración o Existencia con Sentido

Moreno muestra que para Frankl, este tiempo se caracteriza por una gran frustración existencial, por el vacío de sentido. La gente hace lo que le ordenan que haga, pero ser del rebaño o vivir bajo la dictadura no gratifican la existencia de nadie y el vacío se hace profundo. No obstante esta falta de sentido puede ser el lugar donde brote, por necesidad, la búsqueda de un sentido pleno. El sentido de la vida, según Frankl, no se puede dar, cada quien lo ha de encontrar desde la individualidad irrepitible. El ser humano está llamado a la libertad y la

responsabilidad, a la realización: Sólo hay una cosa que hace al hombre capaz de soportar, lo peor y realizar lo imposible. Y esto es precisamente el tener un deseo de sentido y el convencimiento de que el hombre es responsable de encontrar ese sentido a la vida. (Ibíd)

2.3.3.2 La Psicoterapia Centrada en el Sentido

2.3.3.2.1 Antecedentes Filosóficos de la Psicoterapia Centrada en el Sentido

La logoterapia goza del privilegio de no haberse apartado de la filosofía como lo han hecho la mayoría de escuelas psicológicas, el pensamiento de Viktor Frankl tiene características propias, no es realmente un pensamiento nuevo, pues el mismo integra saberes filosóficos que se han acumulado durante siglos, siendo coincidente encontrar grandes similitudes entre diferentes autores, especialmente de la primera parte del siglo XX. Ha sido Max Scheler, según el mismo Frankl, el filósofo que más influyó en el pensamiento y visión de mundo del creador de la Logoterapia (Martínez, 2011, p.41)

Jaspers refiere, como rasgo básico del hombre se tiene desde los orígenes: la libertad, la reflexión, el espíritu. El animal tiene su destino natural, cumplido automáticamente por las leyes naturales, el hombre en cambio tiene un destino que puede cumplir por sí mismo. (Martínez, 2011, p.43)

Otro de los aspectos de gran relevancia en el pensamiento de Jaspers y que está seriamente relacionado con Frankl, se da en lo que Jaspers ha llamado situaciones límite de la existencia y que Frankl ha tomado en su ya citada triada trágica de la existencia sufrimiento, culpa y muerte. (Martínez, 2011, p. 44)

2.3.3.3 Bases Teóricas de la Praxis de la Psicoterapia Centrada en el Sentido

2.3.3.3.1 Teoría de la Noodinamia

A. Pilares Básicos de la Logoterapia

a.1 Libertad de la Voluntad

La logoterapia plantea como una manifestación de la persona a la libertad humana, que a pesar de ser finita en el organismo psicofísico, se antepone desde lo espiritual a esta finitud. Esta libertad se despliega a través de una capacidad específicamente humana como lo es el

autodistanciamiento y el ejercicio del poder de resistencia del espíritu o antagonismo psiconoético. (Martínez, 2011, p. 52)

Frankl menciona es una libertad frente a tres cosas. 1. Frente a los instintos, 2. Frente a la herencia y 3. Frente al medioambiente. Con relación a los instintos el hombre los posee, más no son ellos los que los poseen a él; a manera de ejemplos podemos decir que el animal “es” instinto, en cambio el hombre posee instintos. Frente a la herencia y el medioambiente, así como ante los instintos, el ser humano puede encontrarse condicionado más no predeterminado, totalmente finalizado y predestinado. (Ibíd)

Dentro de esta libertad se enmarca el concepto de responsabilidad. El hombre es libre para ser responsable; es responsable porque es libre. Es decir negar la responsabilidad es una libre elección de no-ser libre, fundamento que hace inseparables estas dos manifestaciones espirituales. El análisis existencial plantea que el hombre es responsable de la realización del sentido y los valores. Es decir, el hombre está llamado a la realización del sentido de su vida y de los valores que le dan significado a la misma, y ante este llamado, es responsable. De igual forma la Logoterapia refiere una responsabilidad ante algo y ante alguien. Ante algo definido como la conciencia y ante alguien enmarcado en la capacidad específicamente humana de la autotranscendencia dirigida al encuentro con el otro y con una dimensión trascendente. (Ibíd)

a.2 Voluntad de sentido

Frankl explica que la voluntad de sentido se relaciona con la autotranscendencia que caracteriza al ser humano, puesto que ella “radica en el hecho fundamental de que el hombre apunte más allá de sí mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, a esto Frankl suele describirlo con el concepto de voluntad de sentido”. (Ibíd)

Las voluntades de placer y de poder conllevan un argumento inmanentista que se opone a la autotranscendencia y frustra la existencia del ser humano. Mientras que la voluntad de placer y de poder consideran como fin último de la existencia la consecución del placer y del poder, la Logoterapia argumenta que los mismos son consecuencias de alcanzar un fin y no el fin en sí, motivo por el cual se promueve un estado de frustración que conlleva al surgimiento del vacío

existencial. En cuanto a la voluntad de sentido ésta no busca alcanzar el poder ni el placer, ni siquiera la felicidad, pues su interés es el encuentro de un argumento, una razón para ser feliz. El vacío existencial que surge tras la frustración o el no desarrollo de la voluntad de sentido se constituye como uno de los síntomas modernos. (Ibíd)

Frankl expone vivimos en una época de reciente automatización y ésta lleva consigo un incremento del tiempo libre disponible. Pero no hay sólo un tiempo libre de algo sino también un tiempo libre para algo; el hombre existencialmente frustrado, sin embargo, no conoce nada con lo que podría llenarlo, nada con lo que podría rellenar su vacío existencial. (Ibíd)

a.3 Sentido de vida

El sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado. No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. (Cobo, 2014, p.34)

Por tanto ni puede ser reemplazado en la función, ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla. Como quiera que toda situación vital represente un reto para el hombre y le plantea un problema que sólo él debe resolver, la cuestión del significado de la vida puede en realidad invertirse. En última instancia, el hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es a él a quien se inquiere. En una palabra, a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida. De modo que la logoterapia considera que la esencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser responsable. (Ibíd)

El primer fundamento de la antropología frankliana es el postulado de la libertad de la voluntad. Una libertad que no sólo es ante algo sino para la búsqueda del sentido de la vida; es decir, para el desarrollo del segundo fundamento logoterapéutico o fuerza motivacional llamada voluntad de sentido. Finalmente surge la pregunta por el sentido de la vida; sin embargo, para

preguntar por el sentido de la vida, sobre lo que es o lo que significa, hay que preguntar por el sentido de una persona concreta y de una situación concreta, en la que la vida le pregunta al ser humano y el siente un llamado a responder; el sentido es único e irrepetible para cada persona, es un constructo que apela a la coherencia y le confiere a la vida orientación, coherencia, unidad y propósito. (Martínez, 2011, p.54).

Dice Frankl en la logoterapia entendemos, en general, por sentido el sentido concreto que una persona concreta, en virtud de su voluntad de sentido, es capaz de deducir de una situación concreta. Una capacidad, gracias a la que está capacitado para percibir, en el trasfondo de la realidad, una posibilidad de cambiar esta misma realidad o, por el contrario, si esto fuese realmente imposible, de cambiarse a sí mismo en la medida en que nosotros mismos por un estado de sufrimiento cuya causa no se puede anular ni eliminar, de forma que la vida guarda su potencial carácter de sentido. (Ibíd)

El sentido de la vida existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, el hombre es libre para buscarlo y que esta tensión entre lo que es y lo que debe ser o motiva para encontrarlo. Es decir, el sentido de la vida se contiene en la vida misma. La vida como hecho fáctico que “es”, al mismo tiempo “es posibilidad” de ser y es ante esta posibilidad que el hombre responde y descubre un sentido para su vida. En sí, el sentido de vida es la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una situación particular o la vida en general, confiriéndole a la persona coherencia e identidad personal. (Ibíd).

Según la logoterapia existen tres caminos para encontrar sentido. (Martínez, 2011, p.54)

Valores de creación. Dar algo o trabajar.

Valores de experiencia. Vivenciar algo o amar a alguien.

Valores de actitud. Asumir el sufrimiento ineludible e inevitable.

Frankl menciona la triada de valores de la Logoterapia se refiere a valores objetivos que pueden incluirse en esta estructura triádica; no se refiere a formas de valorar puesto que no se considera al mundo de los valores como subjetivos. Y aunque el sentido es único para cada persona y situación concreta, los valores se hacen evidentes en dichas situaciones permitiendo

que a través de ellos se haga evidente el sentido (similar a lo que sucedería con una Gestalt). Los valores de creación se pueden concretar a través del trabajo, de aquello que yo creo, una obra, algo que doy. Los valores de experiencia o vivenciales se dan en la acogida al universo, en la experiencia del amor y/o en aquello que recibo para mí. (Ibíd)

Los valores de actitud se hacen evidentes ante circunstancias de sufrimiento ineludible e inevitable, ante aquello que en Logoterapia se llama triada trágica: Sufrimiento, culpa y muerte. (Ibíd)

B. La espiritualidad humana

Es la logoterapia, la psicoterapia que privilegia la dimensión espiritual del ser humano, sin desconocer las otras dimensiones que lo constituyen y al mismo tiempo evitando la supervaloración de lo noológico, la dimensión espiritual o noética no es una realidad tan abstracta como parece y aunque no sea una realidad óntica sino más bien ontológica, puede ser comprensible y además, necesariamente comprensible, pues la misma no es solo la dimensión propia del hombre sino que es la dimensión específica del mismo. (Martínez, 2011, p.55).

Frankl explica ¿Qué es entonces lo espiritual? “Y precisamente designamos como espiritual en el hombre aquello que pueda confrontarse con todo lo social, lo corporal e incluso lo psíquico en él. Lo espiritual es ya por definición sólo lo libre en el hombre”. (Ibíd)

C. Recursos noéticos

Son el conjunto de fenómenos, capacidades o manifestaciones espirituales, expresadas por el Autodistanciamiento y la Autotrascendencia. Son características antropológicas ineludibles aunque si restringibles por su organismo psicofísico. Los recursos noéticos no están en lo psicofísico, ni si quiera “están” en ninguna parte, no son una realidad óntica, no tienen materia, son potencia pura, son posibilidad de manifestación. (Ibíd)

D. Persona y personalidad

Comprender el núcleo sano de la persona humana, implica diferenciar heurísticamente entre persona y personalidad. Algunas de las características de la persona humana han sido expuestas con anterioridad al hacer referencia a lo espiritual, no queriendo decir con ello que la persona sea solo espiritual, aunque lo espiritual sea la dimensión específica de la persona. (Martínez, 2011, p.57).

Es decir la logoterapia considera al hombre como un ser somático-psíquico-espiritual en donde lo somático hace parte y refleja al hombre pero no en su totalidad; de igual forma sucede con lo psíquico y lo espiritual. A partir de esta visión de hombre surge una visión del mundo que vela por finalizar el reduccionismo científicista en donde la segunda ley de la ontología dimensional, permite la formación del nihilismo hermenéutico que reduce al ser humano a un “nada más que... un cuerpo biológico (biologicismo)”, “nada más que... un cuerpo anímico (psicologismo, nada más que... un producto (sicologismo). (Martínez, 2011, p.58- 59)

Frankl, llama persona a aquello que puede comportarse libremente, en cualquier estado de cosas. La persona es aquella dimensión del hombre que es capaz de oponerse siempre, oponerse a cualquier posición: no sólo a una posición externa, sino también interna; pero la posición interna es exactamente eso que se llama disposición (así se denomina a veces el carácter). (Ibíd)

2.3.3.4 Sentido de Vida y Salud Mental

El sentido de la vida es, lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Sin dicho soporte interno es más probable que la psique se vuelva más frágil y, por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar. Esto no quiere decir que la enfermedad psíquica se origine exclusivamente en la ausencia de sentido vital, sino que tal vez éste sea un factor importante para explicar, entender y prevenir la enfermedad mental, e incluso podría dar pautas de cara al tratamiento psicoterapéutico. (Mendoza, 2011, p.33)

Frankl, indica que dicho significado puede referirse a la vida en general pero siempre en cada situación concreta que a uno le toca vivir con la personalidad y los propios recursos. Este deseo de significado es una necesidad específica no reducible a otras y está presente en mayor o menor grado en todos los seres humanos. Además el significado también puede servir de apoyo a la

hora de afrontar situaciones adversas. El sentido no es el mismo para todos los seres humanos, pues cada uno ha de hallarlo en función de las propias circunstancias y objetivos en la vida y las posibilidades. Cada ser humano ha de hallar aquello que para él confiere un significado a la vida. (Mendoza, 2011, p.33)

El significado debe encontrarse a través de una búsqueda personal, no puede darse a otro. No hay respuestas estándar para hallar un sentido a la vida. Aunque haya elementos comunes (escalas de valores) entre las personas que han encontrado las respuestas, cada uno ha de llegar a la propia solución por sí mismo, tiene que descubrirlo en la vida misma. Dicha búsqueda puede ser una fuente de motivación para seguir viviendo y para asumir las propias obligaciones. La lucha por encontrar un significado en la propia vida constituye la primera fuerza de motivación del hombre. (Mendoza, 2011, p.34)

El sentido es, a la vez, subjetivo y objetivo, la conciencia personal es la encargada de armonizar el significado subjetivo con el sentido objetivo, para algunas personas, el sentido tiene un carácter espiritual o trascendente, pues buscar sentido puede implicar la búsqueda de un orden superior. El desarrollo del sentido se ve influido por el contexto cultural, las experiencias pasadas, el nivel de conocimientos y los sistemas de creencias. (Mendoza, 2011, p.34)

2.3.3.5 Relación entre Sentido de Vida y Salud Mental

Frankl indica que la existencia del deseo de significado es un criterio fiable de salud mental. Dicho deseo suele perderse en muchas situaciones de depresión en las que ya no se ve salida ni sentido a nada y ni siquiera hay ya deseo de encontrarlo. (Mendoza, 2011, p.34)

También se ha hallado una relación importante entre hallar sentido a la vida y bienestar psicológico, lo cual indica la importancia de esta dimensión a la hora de evaluar el estado de salud mental de cualquier persona. El sentido además, es necesario para la satisfacción humana. ¿Y no hay una relación clara entre satisfacción y salud mental? La percepción precisa del self del mundo y el futuro son esenciales para la salud mental. Si uno tiene claro cuál es el papel en el mundo, muy relacionado con el sentido que da a la vida, y percibe el futuro de forma positiva (lo

que también tiene relación con el sentido) es más probable que alcance y conserve la estabilidad mental. (Mendoza, 2011, p.35)

Para algunas personas el sentido de la vida tiene que ver con lo espiritual o lo trascendente. Existen numerosos trabajos que muestran la relación entre espiritualidad y salud. Así, se ha asociado con un menor uso de los servicios hospitalarios, menor tendencia a consumir drogas o a fumar. También se ha asociado la espiritualidad con menor depresión, mayor bienestar subjetivo y menor impacto de eventos vitales traumáticos o estresantes. (Mendoza, 2011, p.35-36)

Frankl la carencia de significado es un indicador de desajuste emocional. La necesidad de sentido hoy en día no se satisface plenamente, pues son muchas las personas que sufren vacío existencial, que consiste en vivir sin encontrar un sentido a la propia vida. Este vacío existencial es la principal característica de la neurosis noógena. (Ibíd)

El deseo de significado se está frustrando a nivel mundial, pues va en aumento el número de personas que experimentan un sentimiento de falta de sentido que puede adoptar cualquier forma clínica neurótica con diferentes cuadros sintomáticos (alcoholismo, depresión, obsesión). Los síntomas, en estas neurosis, serían una manifestación de desviaciones en la voluntad de significado. (Ibíd)

Existen diferentes manifestaciones de la carencia de sentido o vacío existencial: el espíritu de cruzada o aventurismo (abrazar de forma compulsiva una causa o actividad, independiente del valor o contenido, como respuesta a la falta de propósito, lo que puede llevar al fanatismo); nihilismo (desacreditación de las actividades que los demás lleven a cabo, desesperación); forma vegetativa (que consiste en un estado de aburrimiento, con indiferencia y apatía que puede llevar a una depresión). Explica que el hombre del mundo moderno tiene que enfrentarse a la vida sin un sistema de significado cósmico basado en la religión y, además, separado de la naturaleza y de la cadena elemental de la vida. La pérdida de sentido también puede ser consecuencia de una situación de depresión que desenfoca la explicación del sentido de la vida y de las metas que la orientan. (Ibíd)

2.3.3.6 Sentido de Vida en Personas VIH Positivo

En el transcurso de la vida los seres humanos se desarrollan, en el ámbito físico como en el psicosocial, este último ocasiona que surja en él un deseo o aspiración de ser reconocidos, destacados, ser importantes, poseer suficiente autoestima, sentirse seguros o simplemente ser útiles a los demás, todos estos aspectos se pueden resumir como sentido de vida, el cual es básico para que la persona se sienta satisfecha y plena, pero cuando esto no sucede surge lo que se llega a determinar cómo vacío existencial o frustraciones, a causa de situaciones que no han sido superadas con la fuerza de la esperanza, que desembocan en una situación de crisis existencial, dejando huellas profundas y dolorosas. (Fuentes, Mendoza, 2011, p.1)

Las situaciones de la vida donde las personas llegan a sentir estos sentimientos de vacío, son aquellas donde se ve afectada la salud o integridad física del mismo, como lo es el virus de inmunodeficiencia adquirida, virus que acarrea la enfermedad del sida, que con el tiempo lleva hasta la muerte. (Fuentes, Mendoza, 2011, p.1)

Esta situación pone al humano en un estado de vacío existencial o frustración, ya que las personas ven opacada o quebrada la vida entera, porque el virus ocasiona aislamiento, discriminación y estigmatización por parte de la sociedad; ocasionando que no se vea una luz de guía para poder alcanzar los deseos o metas de admiración, de seguridad o utilidad hacia los demás, al ver obscurecido el mundo porque ya no tienen un por qué para vivir, lo que ocasiona que no soporten los efectos de la situación que están viviendo. Cuando hay sentido de vida, la persona encuentra con facilidad guías o directrices hacia donde ir y la vida se ve como una oportunidad de crecimiento y de enriquecimiento espiritual, fortaleciéndose ante cualquier circunstancia. (Fuentes, Mendoza, 2011, p.1)

2.4 DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA ORIENTADO A TRABAJAR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA

El siguiente plan de intervención psicoterapéutica se basa en los autores del libro “EQ. INTELIGENCIA EMOCIONAL”. (Martin y Boeck, 2012). Las dinámicas planteadas se han tomado del libro: “Técnicas Participativa” (Rodríguez, 2008)

Se ha diseñado un plan de intervención de acuerdo a las necesidades obtenidas en los resultados de la investigación, considerando que al trabajar la inteligencia emocional se influye de manera positiva en el sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH. Este plan está distribuido en 12 sesiones (una cada semana, durante tres meses), con una duración aproximada de 30 a 45 minutos y con la utilización de distintos instrumentos y técnicas de acuerdo a las actividades a realizar en las diferentes sesiones.

Objetivos:

- Estimular la inteligencia emocional en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Distribución y descripción de las sesiones

Sesión I

Objetivos

- Conocer e integrar al grupo de trabajo.
- Socializar el objetivo y las directrices necesarias para la intervención psicoterapéutica.
- Crear un ambiente de confianza y aceptación para lograr una adecuada relación con los pacientes y óptimo desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Actividades

- **Dinámica de presentación:** “La madeja de lana”, se colocan todas las personas en círculo y el guía toma una madeja de lana y cuenta cómo se llama, qué hace, sus

pasatiempos, etc. Cuando termina, le tira la madeja de lana a cualquier persona que quiera, pero sin soltar la punta. Luego los demás hacen lo mismo, tiran la madeja sujetándola de una punta y se va creando una especie de tela de araña. Lo ideal es que después se pueda desenredar.

- **Encuadre:** Comunicar de manera clara y objetiva las reglas, horarios, límites y además responder inquietudes si se presentasen.
- **Rapport y empatía:** Desde el primer encuentro se forma o no la confianza y ambiente idóneo para el proceso.

Sesión II

Objetivos

- Lograr que los pacientes se conozcan mejor.
- Brindar información objetiva y clara acerca de la inteligencia emocional presentando los elementos necesarios para la comprensión del tema.
- Evaluar el nivel de inteligencia emocional de los pacientes para posteriormente valorar la eficacia del plan de intervención psicoterapéutica.
- Cerrar la sesión

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Dos verdades y una mentira”, el participante se colocan al frente del grupo, y menciona dos situaciones o experiencias reales de su vida y una falsa, el grupo debe averiguar la mentira.
- **Proporción de información:** Sobre la inteligencia emocional y sus cinco competencias principales además de la importancia de su aplicación en el día a día.
- **Aplicación del test de inteligencia emocional**
- **Dinámica de cierre:** “Lo que sé y lo que no sé”, se trata de una exposición de cada uno de los participantes sobre lo que aprendió que corresponde a: “lo que sé” y las dudas que presente: “lo que no sé”.

Sesión III

Objetivos

- Estimular el ambiente de trabajo para el desarrollo de la sesión.
- Mejorar el nivel de conocimiento que tengan los pacientes sobre sí mismos y lo que manifiestan al exterior, lo cual facilite en lo posterior al reconocimiento de sus emociones en la vida diaria.
- Optimizar el nivel de conocimiento que tengan los pacientes sobre las emociones básicas.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “El fósforo”, consiste en que cada participante con un fósforo encendido exprese el mayor número de emociones que considere ha experimentado durante el día, hasta evitar quemarse.
- **Técnica de autoconocimiento:** Tomado del libro: “La Ventana de Johari”. (Fritzen, 1987). **Ventana de Johari:** Cada participante en una hoja de papel dividida en cuatro partes describirá lo siguiente:

1. Área libre: El primer cuadrante (espacio superior izquierdo) es el único claro y libre. En él se encuentran las experiencias y los datos conocidos por la propia persona y por quienes la rodean. Es un área que se caracteriza por el intercambio libre y abierto de informaciones entre el yo y los demás. En ella, el comportamiento es público y accesible a todos. Por ejemplo: nuestro modo de trabajar en cualquier actividad que desempeñemos, nuestra manera habitual de comportarnos, etc.

2. Área ciega: En la parte superior derecha hay una zona denominada «Área ciega» que contiene informaciones respecto de nuestro «yo» que nosotros ignoramos, pero que son conocidas por los demás. Es lo que nuestros amigos saben de nosotros, más que lo que nos dicen. Al comenzar nuestra participación en un grupo, comunicamos todo tipo de informaciones de las que no somos conscientes, pero que son observadas por las restantes personas del grupo. Por ejemplo: nuestra manera de actuar, nuestro modo de hablar, nuestro estilo de relacionarnos, etc.

3. Área oculta (o privada): El espacio inferior izquierdo, es decir, el área oculta para los demás, contiene informaciones que uno mismo sabe respecto de sí, pero que son desconocidas por el grupo. Es en este área donde se encuentra gran parte de lo que conocemos de nosotros mismos y que ocultamos a los demás.

4. El área desconocida: El cuadrante de la parte inferior derecha representa aquellos factores de nuestra personalidad de los que no somos conscientes y que también son desconocidos para las personas que se relacionan con nosotros. Es el área de nuestras motivaciones inconscientes; área que representa nuestro aspecto «desconocido» o «inexplorado» y que puede incluir cosas como la dinámica interpersonal, acontecimientos de nuestra primera infancia, potencialidades latentes y recursos aún por descubrir.

- **Actividad de cierre:** “Brújula de las emociones”, con ayuda de material se realiza una brújula simula en la cual constan las emociones, el participante debe girar la manilla, y expresar información sobre la emoción que le corresponda; por ejemplo, el nivel de frecuencia e intensidad con la que experimenta dicha emoción, relatar momentos anecdóticos con la misma, etc.

Sesión IV

Objetivos

- Reconocer el nivel de tolerancia y control emocional.
- Mejorar el nivel de autocontrol de las emociones que tengan los pacientes.
- Reatualimentar sobre las dos técnicas expuestas.
- Cerrar la sesión.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Una por una lenteja”, colocados en forma de círculo los participantes, repartirles 7 lentejas a cada uno, e ir insertándolas una por una mientras recorre la botella.

- **Técnica de autocontrol**

Dar una interpretación positiva a la situación: Hacer una nueva valoración para desactivar las emociones negativas, cuando nos enfadamos, a menudo somos víctimas de impresiones y sospechas precipitadas que, vistas de cerca, resultan exageradas o injustas. (Martín y Boeck, 2012, p.52)

Se expondrá en qué consiste la técnica y posteriormente se pedirá ejemplos reales a los pacientes para que mediante dramatizaciones las representen.

- **Retroalimentación:** Despejar dudas, realizar procesos de reatribución de significado, apoyo grupal y valorar el nivel de aprendizaje de las técnicas expuestas.
- **Dinámica de cierre:** “Que hago bien, que hago mal”, se empezará hablando de las emociones, reacciones positivas y negativas, se dispone de 5 minutos para que los participantes piensen en las formas de reaccionar positivas y negativas, posteriormente, en lluvia de ideas expondrán sus puntos de vista, un participante escribirá en la pizarra, las formas de reaccionar positiva y negativamente. Cuando se terminen las dos lluvias de ideas se pide a los participantes que reflexionen acerca de los criterios semejantes, para agruparlas y llegar al criterio general del grupo.

Sesión V

Objetivos

- Motivar a los pacientes el manejo del lenguaje corporal.
- Estimular la capacidad de empatía de los pacientes.
- Cerrar la sesión.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Caras y gestos”, se coloca a los participantes en forma de círculo, con la ayuda de cartillas en las que contienen de una a tres palabras y un dibujo, se pide que se coloque uno en la mitad del círculo y exprese sin ruidos ni palabras lo que está en la cartilla hasta que adivinen los demás.
- **Técnica de empatía**
Escuchar de forma activa: La alternativa es escuchar de forma activa, es decir, situarse en el mundo emocional y mental de nuestro interlocutor, sin hacer ninguna valoración del

mismo. Ayudando a los participantes a aclararse con sus vivencias y a hacerse cargo de sus propias emociones. (Martin y Boeck, 2012, p.78)

A manera de role playing se dispone a los pacientes en parejas, la consigna es que compartirán una historia de su vida, la que ellos prefieran, sea desagradable o agradable, el paciente que escucha tendrá que mirar a los y no interrumpir el discurso de su compañero, a menos que le formulen una pregunta. Luego se compartirán las experiencias de una escucha activa.

- **Dinámica de cierre:** “Estatuas”, los participantes tendrán que estar colocados a manera de círculo, cada uno de ellos tendrán que pasar al centro del mismo, con sorteo se asignará a otro participante para que lo coloque de la forma que lo considere como si tuviera control de su cuerpo.

Sesión VI

Objetivos

- Incitar a la valoración de sus habilidades y debilidades de los pacientes.
- Fomentar la autoestima en los pacientes.
- Estimular la reflexión de los pacientes acerca de la imagen de sí mismos.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Tu distinción personal”, se da a cada participante una copia de la hoja de trabajo, donde se elige 6 de las 8 preguntas. Se dirán en voz alta y se escribirán en un papel, al finalizar se les pregunta: ¿Cómo se sintieron? ¿Qué aprendieron de sí mismo?
- **Técnica de autoestima**
Autoafirmaciones: Consiste en que los pacientes van a buscar y expresar lo que ellos consideran de sí mismo sea positivo, sea en el aspecto físico, personal, laboral, social, etc. La indicación es que en los momentos que ellos lo necesiten de dirán frases como: “Si puedes”, “Eres especial”, “Eres importante”, “Me quiero”, “Me valoro”, “Me respeto”, recordando lo mencionado anteriormente. (Martin y Boeck, 2012, p.53)
- **Dinámica de cierre:** “El espejo”, se coloca un espejo de un tamaño adecuado para reflejarse de forma completa, cada participante debe mirarse en el espejo detenidamente y

describir cómo se ven el él. Los demás miembros pueden emitir sus criterios acerca de lo expresado por el sujeto que se observa.

Sesión VII

Objetivos

- Fomentar la consciencia en el grupo de roles que pueden asumir en su vida.
- Estimular las habilidades sociales en los pacientes.
- Cerrar la sesión.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Abanico de roles”, reflexionar acerca de los diferentes roles de género, después escribirán cada participante en una pancarta los diferentes roles, luego tacharán los roles que nos les gustaría desempeñar, luego en un discusión se hablará de los roles más aceptados y rechazados y su razón.
- **Técnica de habilidades sociales**
Banco de niebla: Se trata de enseñar a los pacientes a enfrentarse a los críticas manipulativas de otra persona, dando instrucciones de no negar ninguna crítica, (negarla es hacerle el juego), y de no contraatacar con otras críticas por su parte, emplearemos situaciones cotidianas para reaccionar frente ellas y calcular la asertividad.
- **Dinámica de cierre:** “El afuera”, se hablará a los participantes que en el afuera pueden encontrar ofertas que les ayuden o no a resolver interrogantes o a crecer. Como por ejemplo, la búsqueda de la pareja, ideales propias y de la sociedad, los amigos, trabajo, estudios. Para invitarles a los participantes a que busquen y planteen sus propios espacios.

Sesión VIII

Objetivos

- Reflexionar acerca de la importancia de la inteligencia emocional en la vida diaria.
- Cerrar la sesión y disminuir tensiones emocionales.

Actividades

- **Proyección de un video:** La inteligencia emocional.

- **Dinámica de cierre:** “Abrazos musicales cooperativos”, una música sonará a la vez que los participantes dancen por la habitación, cuando la música se detenga, cada persona abraza a otra. La música continuará y los participantes volverán a bailar con su compañero, la siguiente vez que la música pare, se abrazan tres personas. El abrazo será cada vez mayor, hasta llegar a un gran abrazo final entre todos.

Sesión IX

Objetivos

- Reflexionar acerca del SIDA.
- Retroalimentar sobre los temas tratados y compartir experiencias.
- Cerrar la sesión y disminuir tensiones emocionales.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “La papa pelada”, se escribirá una pregunta en una hoja, tales como definición, periodo de incubación, periodo de ventana, significado de una prueba positiva y negativa. Cada hoja se estruje y se unen formando capas para darle una forma redonda, una vez colocadas todas las preguntas se procederá a lanzar la papa entre los participantes., quien la reciba, quitará una capa de la papa y responderá la pregunta.
- **Foro abierto:** Se realizará un foro abierto acerca de ser paciente VIH en la sociedad y las formas que se han utilizado para manejar dicha situación.
- **Dinámica de cierre:** “Despedida”, se hablará de lo que sería conveniente para todos pensar en lo que sucedió en la sesión de trabajo, se estimulará para que en una palabra puedan expresar lo que opina. Cada persona dirá esa palabra sin necesidad de reflexionar acerca de la misma.

Sesión X

Objetivos

- Animar al grupo.
- Calcular el nivel de conocimiento adquirido respecto a los temas expuestos a los pacientes.
- Cerrar la sesión y disminuir tensiones emocionales.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Si yo fuese”, cada miembro del grupo expresa con qué objeto, persona, oficio, animal o fenómeno social se siente más identificado y explique por qué.
- **Aplicación de la encuesta**
- **Dinámica de cierre:** “La tienda mágica”, se elige un vendedor del grupo que lleve al mundo de la fantasía, se explica que pueden pedir lo que quieran porque hay de todo, material o espiritual. Los vendedores pondrán los precios, de acuerdo a las características de cada comprador.

Sesión XI

Objetivos

- Evaluar el nivel de inteligencia emocional en los pacientes.
- Valorar la eficacia de la intervención psicoterapéutica.
- Cerrar la sesión
- Disminuir tensiones emocionales.

Actividades

- **Aplicación del test de inteligencia emocional**
- **Dinámica de cierre:** “El trencito”, formar grupos de cinco personas, se colocan en fila y sus brazos en los hombros de la persona del frente, excepto la primera, quien está vendada los ojos. Tienen que a manera de toques suevas direccionar al compañero del frente hasta llegar al primero que se guiará solamente con la señal en su brazo sea el derecho para girar a dicha dirección o izquierda, cuando sea un par se lo hará un toque con los brazos. Tendrán que superar un camino ya organizado previamente.

Sesión XII

Objetivos

- Reflexionar acerca de acontecimientos que han ocurrido en la vida de los pacientes.
- Cerrar la intervención psicoterapéutica.

Actividades

- **Dinámica de apertura:** “Anécdotas”, se comenzará la actividad preguntando qué es una anécdota, se solicitará voluntarios para ejemplificar una de ellas, separar en grupos de cuatro y cinco personas para que elijan la anécdota más interesante, un coordinador expresará la escogida al resto del grupo.
- **Actividad de cierre:** En un pedazo de papel escribir las situaciones dolorosas que quisieran perdonar, superar o dejarlas en el pasado. Luego se juntarán todas, se quemarán y con un globo de helio se las dejará ir.

2.5 HIPÓTESIS

La inteligencia emocional influye en la condición del sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba periodo abril-septiembre 2016.

2.6 VARIABLES

2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Inteligencia emocional

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Sentido de vida

2.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Abreacción: Descarga o liberación de la tensión emocional asociada a una idea, conflicto o recuerdo desagradable reprimido; esto se consigue reviviendo nuevamente la experiencia emocional penosa. Descarga afectiva actual, producida durante la cura, del afecto correspondiente a un trauma psíquico de otrora, que no se descargó en aquel momento, quedando, mientras tanto, en una consciencia segunda alejada del comercio asociativo y generando, desde ahí síntomas y ataques histéricos Abstinencia. (Consuegra, 2010, p.1)

Actitud: Tendencia o predisposición relativamente duradera para evaluar de un determinado modo a una persona, suceso o situación a partir de los significados que se les da y a actuar en consonancia con esta evaluación. Comprende una orientación social en términos de una respuesta favorable o desfavorable que se manifiestan a través de contenidos cognoscitivos, afectivos y de comportamiento comunicables de manera verbal y no verbal. (Consuegra, 2010, p.3)

Autoconcepto: Reflejo de las percepciones de sí mismo acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo. Se nutre de la percepción que personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo. Representación de una realidad multidimensional en la que unas dimensiones adquieren más valor que otras. (Consuegra, 2010, p.31)

Autoestima: Autoimagen o autoevaluación positiva, que surge cuando se compara el sí mismo real con el sí mismo ideal. A partir de esto, la persona se juzga a sí misma de acuerdo con los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su autoconcepto. (Consuegra, 2010, p.32)

Autoimagen: Según Allport, es una de las siete funciones del Self (uno mismo). Es “el reflejo de mí”; aquel que los demás ven. Esta es la impresión que la persona proyecta en los demás, su “tipo”, su estima social o estatus, incluyendo su identidad sexual. Es el principio de la conciencia; del Yo Ideal y de la “persona”. (Consuegra, 2010, p.32)

Calidad de vida: Juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal; se encuentra estrechamente vinculado a determinados indicadores “objetivos” (biológicos, psicológicos, conductuales y sociales). (Consuegra, 2010, p.38)

Catarsis: Tiene una enorme importancia en la historia del psicoanálisis. Implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus componentes afectivos. La catarsis y la abreación son básicas en el psicoanálisis y en cualquier tratamiento. (Consuegra, 2010, p.40)

Disonancia Cognitiva: Estado psicológico desagradable que resulta de la incongruencia entre dos o más elementos de un sistema cognitivo. (Bandenbos Et al., 2010, p.145)

Estado de ánimo: Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. (Consuegra, 2010, p.105)

Estereotipo: Generalizaciones y simplificaciones exageradas sobre las personas o grupos de personas. / En el marco de la psicología social, conjunto fijo de atributos que el observador de un grupo determinado adjudica a todos sus integrantes. Generalizaciones acientíficas, y por ende poco confiables, que un individuo hace acerca de otro individuo o grupos. (Consuegra, 2010, p.105)

Identidad: Sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana. (Consuegra, 2010, p.150)

Evento crítico de vida: Evento de la vida que requiere un Ajuste importante y conducta adaptativa. Dichos eventos pueden considerarse en retrospectiva como inusualmente formativos o fundamentales en el moldeamiento de actitudes y creencias. (Bandenbos Et al., 2010, p.206)

Higiene mental: Aproximación general que se dirige al mantenimiento de la salud mental y la prevención del trastorno mental por medio de programas educativos, promoción de un vida

emocional y familiar estable, servicios profilácticos y de tratamiento temprano. (Bandenbos Et al., 2010, p.242)

Impulso: Tendencia a actuar sin una deliberación previa. Fenómeno contrario a un acto de voluntad. (Consuegra, 2010, p.153)

Labilidad: Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas. (Consuegra, 2010, p.169)

Locus de control: Predisposiciones a hacer un determinado tipo de atribuciones, en el sentido de situar el control fuera (locus de control externo) o dentro del sujeto (locus de control interno). (Consuegra, 2010, p.174)

Motivación: Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo. Estados y procesos interiores que impulsan, dirigen o sostienen la actividad de un individuo. Existencia de fuerzas hipotéticas que impulsan y canalizan la conducta. (Consuegra, 2010, p.189)

Personalidad: Patrón global de rasgos comportamentales, temperamentales, emocionales, mentales y de carácter, que dan lugar a la manera única y relativamente consistente de una persona de sentir, pensar y comportarse. (Consuegra, 2010, p.214)

Prejuicio: Ideas y creencias negativas y reduccionistas sobre una persona o grupo de personas. No se basan en una información o experiencia suficiente como para alcanzar una conclusión rotunda. Literalmente se define como un “juicio previo”. Categoría de pensamientos y/o creencias que no han sido adecuadamente procesadas a partir de conocimientos científicamente comprobables. (Consuegra, 2010, p.218)

Psicoética: Una de las éticas profesionales que se ocupa no sólo de los asuntos, deberes o intereses que competen a los profesionales, sino que también compete a la relación dual que se establece entre el consultante y el psicólogo o psiquiatra, es decir, entre dos sujetos activos. (Consuegra, 2010, p.226)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de la investigación se utilizará el siguiente diseño:

No experimental: Ya que se analizó el problema sin manipular las variables y se observó los fenómenos tal y como son naturalmente, para posteriormente analizarlos.

Cuantitativa: Debido a que se realizó un estudio estadístico de las variables independiente Inteligencia Emocional y dependiente Sentido de vida, las que nos permitieron conseguir datos numéricos como resultados de la investigación.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

De Campo: Esta investigación se realizó a los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Transversal: Porque que se realizaron en un tiempo determinado, Abril 2016 – Septiembre 2016.

Descriptiva: Por medio de la descripción se dio a conocer la realidad de las variables de estudio, en relación con las características de la población investigada; en este caso es la Inteligencia Emocional y Sentido de vida de los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Exploratoria: Se utilizó el nivel de investigación exploratoria ya que tiene una visión general, y es considerada como una aproximación científica a la problemática. Así a través de este nivel exploramos la Inteligencia Emocional y Sentido de vida de los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 POBLACIÓN

La población corresponde a 100 pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

3.4.1 MUESTRA

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión el presente trabajo investigativo se realizó con una muestra de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de VIH, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes diagnosticados con VIH, que recibieron tratamiento Antirretrovirales (ARV) de manera regular en la Clínica del VIH del HPGDR.
- Pacientes que acudieron a la consulta externa entre el mes de Mayo a Agosto del 2016.
- Pacientes diagnosticados con VIH ingresados en el área de medicina interna entre el mes de Mayo a Agosto del 2016.
- Pacientes de género masculino y femenino mayores de 18 años.
- Pacientes que pertenecientes al grupo LGBT.
- Pacientes extranjeros con residencia en el Ecuador.
- Pacientes de toda clase social, económica, cultural y religiosa.

Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de VIH, que no aceptaron participar de la investigación y no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que presentaron una enfermedad incapacitante que impida la aplicación de instrumentos.
- Pacientes privados de la libertad (PPL).

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**Técnicas:**

Entrevista Psicológica: Es una conversación y/o relación interpersonal entre el psicólogo y el paciente con VIH, con objetivos determinados en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece.

Observación Clínica: Es el estudio de las reacciones y comportamiento de los pacientes con VIH durante la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica; así como también en el transcurso de la realización del presente estudio.

Instrumentos:

Se utilizó para tener información relacionada con inteligencia emocional y sentido de vida.

TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE WEISINGER

Cada uno de los ítems deben ser valorados y puntuados en un rango del 1 al 7, de acuerdo al nivel de aplicación de dicha capacidad en la situación planteada. Sumar los puntajes obtenidos para cada habilidad (p.ej. autoconciencia, colocando cada puntaje debajo de cada número respectivo) y luego dividir el resultado por la cantidad de respuestas correspondientes a las habilidades, lo que le dará un promedio entre 1 y 7, respecto a cada habilidad o competencia emocional. En cuanto al nivel de inteligencia emocional global se debe sumar el total de la suma de cada área y dividir para 62 que es el número total de ítems asignados a cada área. El promedio

de las habilidades como del nivel de inteligencia emocional global, se lee igual que los puntajes individuales marcados en el test: desde 1-4 (baja habilidad) 5 hasta 7 (alta habilidad).

Área Interpersonal:

1) Autoconciencia: 1,6,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21.

2) Autocontrol: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13,27.

3) Automotivación: 7, 22, 23, 25, 26, 27,28. 69.

Área Intrapersonal:

4) Empatía: 10,16,19,20,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,42,43,44,45.

5) Habilidades Sociales: 8,10,16,18,34,35,37,38,39,40, 41,44,45.

Se ha establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes dos grupos:

Nivel de Inteligencia Emocional-Puntuación

Nivel Bajo: 1-4

Nivel Alto: 5-7. (Weisinger, 2001)

LOGOTEST

El Logo Test de Elisabeth Lukas, (1988), se realizó bajo la supervisión directa de Viktor Frankl. De hecho, aparece como apéndice en su libro "La Voluntad de Sentido". Se encuentra diseñado para medir el logro interior de sentido o su negación, la frustración existencial. Es aplicable a sujetos mayores de 16 años.

Evaluación

Los resultados del Logotest se evalúan en principio con un puntaje negativo (la suma señala en la dirección de "no realización del sentido", insatisfacción con la vida, "frustración existencial" o "neurosis noógena". Por lo tanto un puntaje alto significa atención con la salud psíquica de esa persona. Los valores cercanos a 0 (cero) son característicos de las respuestas de afirmación de la vida, los que se alejan de 0 indican negación de la vida.

Parte I). Se puede responder con “sí”, con “no” o se puede dejar en blanco

“Sí” vale 0 (cero)

“No” vale 2 (dos)

En blanco vale 1 (uno).

Si alguien responde con “sí” y “no”, la casilla se considera en blanco. Si al “sí” o al “no” se ha agregado algo, la respuesta vale sin el agregado. Una vez que se ha asignado un valor a las nueve casillas de esta parte, se suman los valores y se consigna en la planilla de evaluación como “total parte I”.

Parte II). Las opciones son:

“Muy frecuentemente” vale 2.

“Alguna vez” vale 1

“Nunca” vale 0.

En las marcas dobles vale el extremo; si no se ha marcado nada vale la del medio = 1. Si se marcaran las tres posibilidades (algo muy difícil) vale 1. Existe la posibilidad, habría que probarlo comparando el resto del test, que el probando no ha comprendido los ítem.

En el ítem 5. Se invierte la evaluación de los extremos:

“Nunca” vale 2.

“muy frecuentemente” vale 0.

Es importante, en este caso, que la sumatoria de la parte II) se haga sin el ítem 5. Este ítem se evalúa aparte. Al finalizar la parte II) se coloca la sumatoria (sin 5.) en la planilla de evaluación. Lo mismo, el valor del ítem 5. Se pone en la planilla.

Parte III).

III.1) Hombre/mujer más feliz:

A. vale 0.

B. vale 2 y

C. vale 1.

III.2) Hombre/mujer que más sufre:

- A) vale 2.
- A) vale 0.
- B) vale 1.

Es posible (aunque difícil) que se marquen respuestas idénticas en ambas casillas, por ejemplo: el hombre más feliz B y el hombre que más sufre B. En estos casos debe permitirse sin modificar la evaluación.

Si se deja sin marcar una opción vale 1. Nunca 0 (cero) pues sería una significación muy positiva, cosa que sin información no podría considerarse. El puntaje obtenido se ingresa en la planilla de evaluación.

III.3), por medio de un análisis textual.

Evaluación cualitativa

- Calificación con 0 (cero): El probando permite reconocer que considera que su vida es rica en sentido tanto en el pasado, presente como en el futuro (hay según esto una afinidad con la edad). En cualquier proyecto que se exprese o logro alcanzado, tanto como sufrimiento pasado, hay que ver si se expresa como un valor que hace que la vida valga.
- Calificación con 1 (uno): Se expresan pocos contenidos de sentido o cuando se estrecha mediante algo negativo al valor que se le asigna a la vida, aunque lo positivo se destaque. Hay contenido pero no se desarrolla totalmente, es decir, que el probando experimenta que no dispone de ellos en toda su extensión. Apenas si hubiese algo concreto acerca de la RIS vale 1.
- Calificación con 2 (dos): No hay información sobre la RIS o cuando se puede ver una mezcla de experiencias positivas y negativas que se equilibran aproximadamente. Es importante no confundir con escala de éxito. Ambivalencias, fases de una búsqueda de sentido que todavía no se encuentra o contenidos de texto que no toman ninguna posición con respecto al sentido.

- Calificación con 3 (tres): Se reconoce insatisfacción que va de ligera a media, puede relativar lo negativo que atribuye a su vida, por medio de algo positivo. Falta algo para la RIS pero podría ser una situación provisoria.
- Calificación con 4 (cuatro): Expresión explícita de falta de sentido. Se señala desconsuelo, desesperación, desesperanza, vacío interior, angustia existencial; sin señalar necesariamente fracasos, ya que estos sentimientos pueden darse en medio de circunstancias de vida aceptable.

Evaluación de la actitud

- Calificación 2: Cuando no se observan ninguna de las dos actitudes positivas (lo que es muy frecuente dice Lukas).
- Calificación 1: Cuando se observa alguna de las dos actitudes, al menos como tendencia.
- Calificación 0: Cuando se observan las dos actitudes; esta situación es la más dotada de sentido.

Calificación final

Después de haber realizado esta última evaluación, se procede a la suma del puntaje de la parte I, de la parte II sin el ítem 5, del ítem 5, de los términos guía “el más feliz” “el que más sufre” de la parte III, de la ubicación de la escala de sentido y de la calificación de la actitud. Se realiza la suma total. Debe tenerse en cuenta la edad del probando para resolver el resultado desde la tabla de normas. El puntaje total nos informa si la bondad y la intensidad de la Realización Interior del Sentido (RIS) de un probando, en comparación con la población total, se encuentra en el 1° cuarto (Q1), en el área media o en el 4° cuarto (Q4), y en el caso de encontrarse en este último, si está en el 9° décimo (D9) o en el 10° décimo (D10). (Sánchez, Risco y Urchaga, 2011)

3.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos fueron analizados, mediante la estadística básica, y se los expondrá a través de tablas con frecuencia absoluto-porcentual y se graficará barras de cada una de las variables con el programa Excel 2010, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. ANÁLISIS DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL, APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

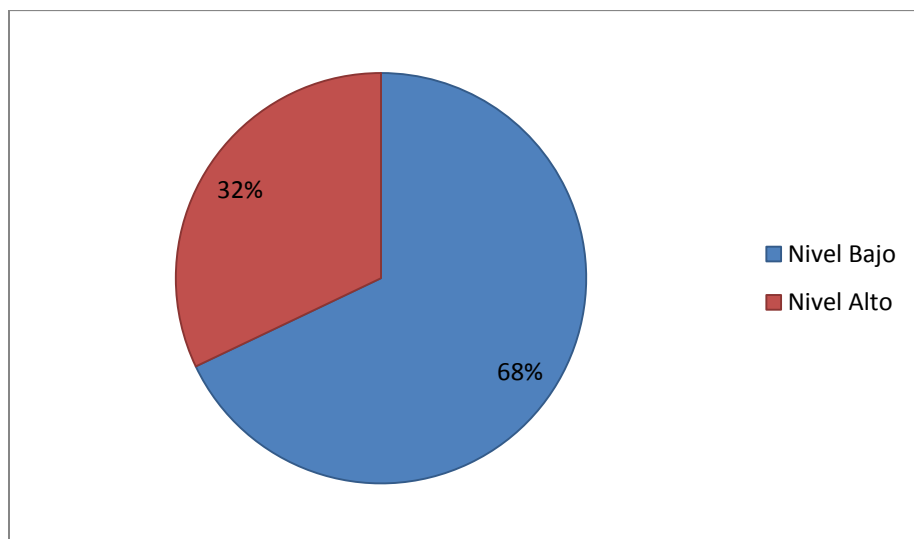
Tabla N°1 Nivel de Inteligencia Emocional

NIVEL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Bajo Nivel	36	68%
Alto Nivel	17	32%
POBLACIÓN TOTAL	53	100%

Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°1 Nivel de Inteligencia Emocional



Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Test de Inteligencia Emocional diseñada para medir el nivel de inteligencia emocional, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que, un mayor porcentaje de pacientes presentan Nivel Bajo de inteligencia emocional, es decir el 68%; mientras que un 32% de los pacientes presentan un Nivel Alto de inteligencia emocional.

Interpretación: Las personas con menor desarrollo de su IE son más propensas a sufrir emociones negativas como el estrés, la depresión, la ira, la ansiedad, entre otras. Estas emociones negativas debilitan la eficacia de las células inmunológicas y están relacionadas con el descenso de dicha actividad, manifestada por una disminución de la respuesta de linfocitos ante diferentes mitógenos, así como una menor cantidad de células T. B. o linfocitos granulares en sangre. Cuanta mayor reactividad simpática se muestre ante condiciones de estrés, mayor grado de inmunosupresión se producirá ante dicha situación estresora. (Suarez, Peñate y Crespo, 2006, p.12)

ANÁLISIS DEL ÁREA INTERPERSONAL SUBESCALA EMPATÍA DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

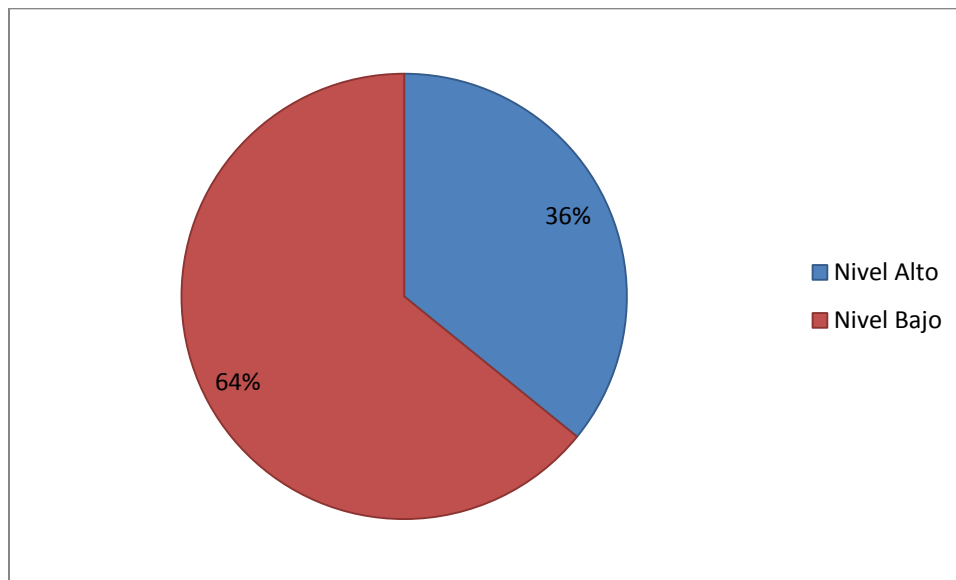
Tabla N°2 Área Interpersonal Subescala Empatía

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Nivel Alto	19	36%
Nivel Bajo	34	64%
TOTAL	53	100%

Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°2 Área Interpersonal Subescala Empatía



Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Test de Inteligencia Emocional, en la subescala Empatía del área Interpersonal del Test, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que el 64% de la población presenta Nivel Bajo; mientras que un 36% de los pacientes presentan Nivel Alto en dicha subescala.

Interpretación: La empatía es la capacidad cognitiva de percibir lo que sienten los demás. La clave radica en captar los mensajes tanto verbales como no verbales de nuestro interlocutor. Así, por un lado, tenemos que la mente racional se transmite a través de las palabras, y por otro, que la mente emocional se transmite a través del lenguaje corporal. (Guerri, 2014, p.49)

ANÁLISIS DEL ÁREA INTERPERSONAL SUBESCALA HABILIDADES SOCIALES DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

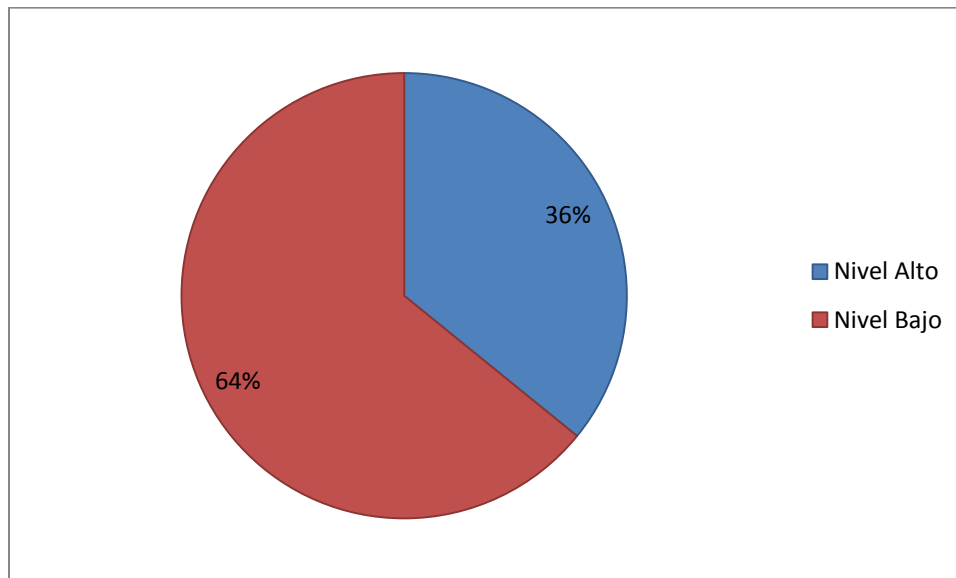
Tabla N°3 Área Interpersonal Subescala Habilidades Sociales

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Nivel Alto	19	36%
Nivel Bajo	34	64%
TOTAL	53	100%

Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°3 Área Intrapersonal Subescala Habilidades Sociales



Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Test de Inteligencia Emocional, en la subescala Habilidades Sociales del área Interpersonal del Test, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que el 64% de la población presenta Nivel Bajo; mientras que un 36% de los pacientes presentan Nivel Alto en dicha subescala.

Interpretación: El ser humano es de esencia social, Caballo (como se citó en Guerri, 2014) La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimiento, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

ANÁLISIS DEL ÁREA INTRAPERSONAL SUBESCALA AUTOCONCIENCIA DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

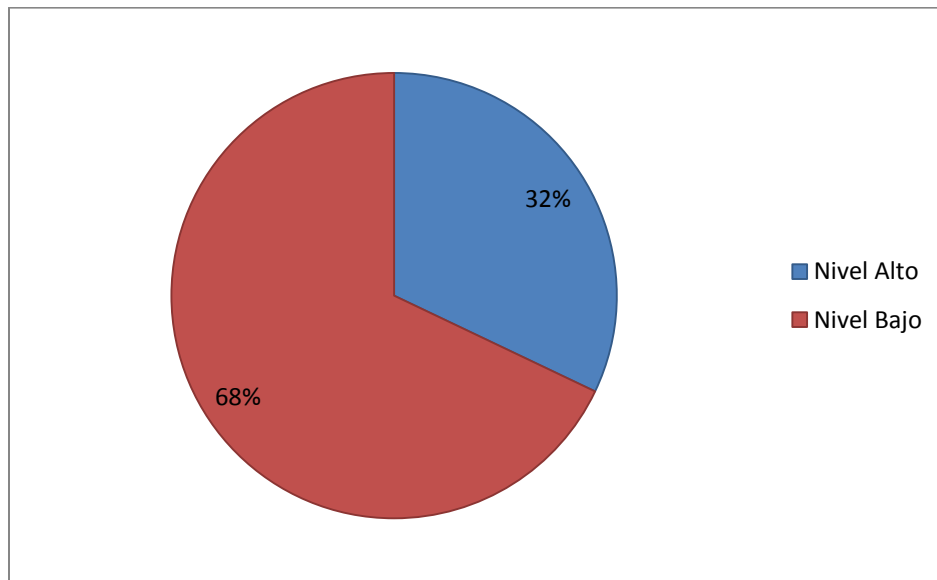
Tabla N°4 Área Intrapersonal Subescala Autoconciencia

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Nivel Alto	17	32%
Nivel Bajo	36	68%
TOTAL	53	100%

Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°4 Área Intrapersonal Subescala Autoconciencia



Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Test de Inteligencia Emocional, en la subescala Autoconciencia del área Intrapersonal del Test, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que el 68% de la población presenta Nivel Bajo; mientras que un 32% de los pacientes presentan Nivel Alto en dicha subescala.

Interpretación: El reconocimiento de las propias emociones es el alfa y el omega de la competencia emocional. Sólo quien aprende a percibir las señales emocionales, a etiquetarlas y a aceptarlas, puede dirigir sus emociones y ahondar en ellas. La clave de acceso al mundo emocional es la atención. Atención supone apercibirse y ser consciente del propio mundo interior con el objetivo de no ser avasallados por él. (Martin y Boeck, 2012, p.66)

ANÁLISIS DEL ÁREA INTRAPERSONAL SUBESCALA AUTOMOTIVACIÓN DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

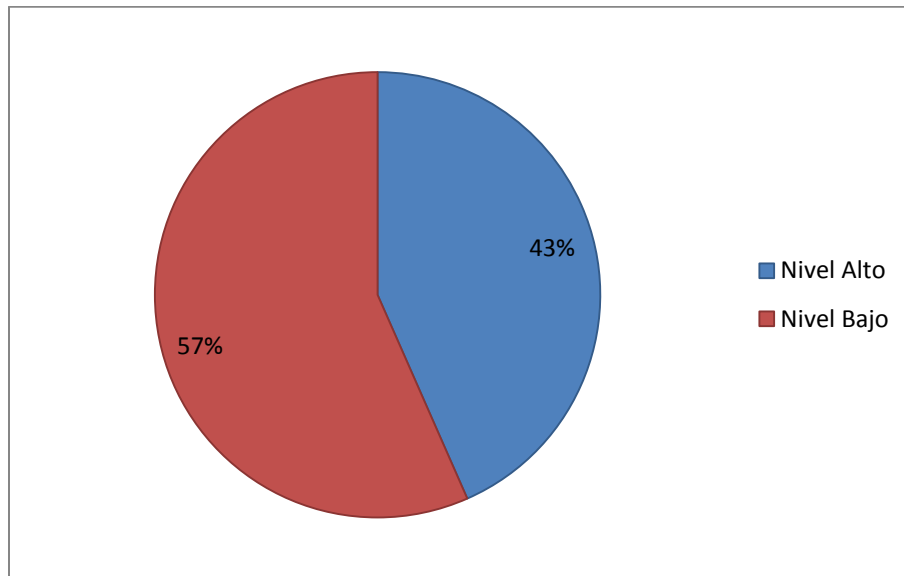
Tabla N°5 Área Intrapersonal Subescala Automotivación

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Nivel Alto	23	43%
Nivel Bajo	30	57%
TOTAL	53	100%

Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°5 Área Intrapersonal Subescala Automotivación



Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Test de Inteligencia Emocional, en la subescala Automotivación del área Intrapersonal del Test, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que el 57% de la población presenta Nivel Bajo; mientras que un 43% de los pacientes presentan Nivel Alto en dicha subescala.

Interpretación: Significa saber dirigir las emociones hacia un objetivo, lo cual nos permite mantener la motivación y fijar nuestra atención en las metas en lugar de los obstáculos. En esto es necesaria cierta dosis de optimismo iniciativa, de forma que seamos emprendedores y actuemos de forma positiva ante los contratiempos. (Guerri, 2014, p.46)

ANÁLISIS DEL ÁREA INTRAPERSONAL SUBESCALA AUTOCONTROL DEL TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

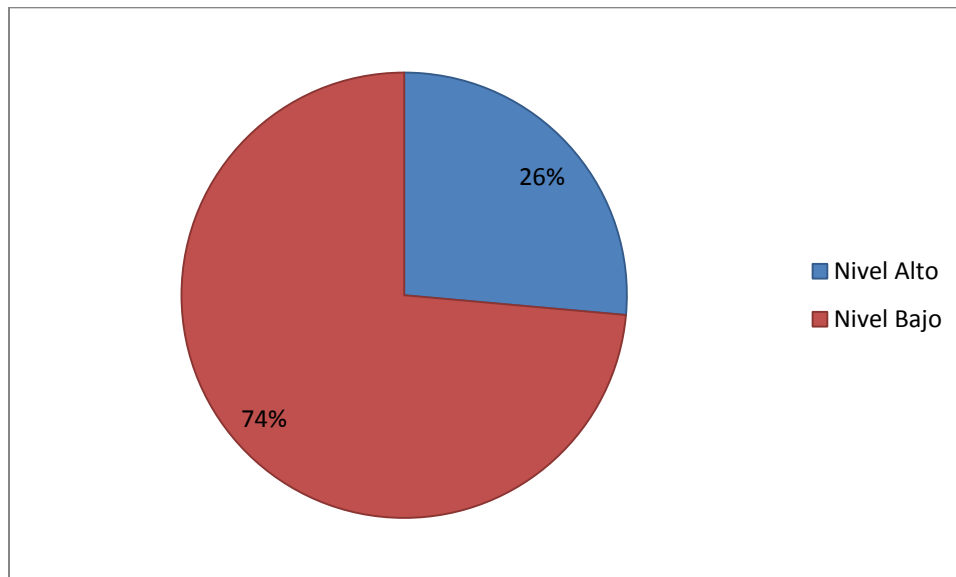
Tabla N°6 Área Intrapersonal Subescala Autocontrol

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Nivel Alto	14	26%
Nivel Bajo	39	74%
TOTAL	53	100%

Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°6 Área Intrapersonal Subescala Autocontrol



Fuente: Test de Inteligencia Emocional aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Test de Inteligencia Emocional, en la subescala Autocontrol del área Intrapersonal del Test, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que el 74% de la población presenta Nivel Bajo; mientras que un 26% de los pacientes presentan Nivel Alto en dicha subescala.

Interpretación: Es la aptitud que nos permite mantener bajo control las emociones e impulsos conflictivos, evitando que tomen las riendas de nuestra vida. Todos algunas nos hemos encontrado desbordados por una emoción que nos ha hecho actuar de manera exagerada y contraproducente. Esta habilidad nos permite controlar los sentimientos impulsivos, permanecer equilibrados en los momentos críticos y pensar con claridad a pesar de las presiones. (Guerri, 2014, p.44)

4.2. ANÁLISIS DEL LOGOTEST, APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

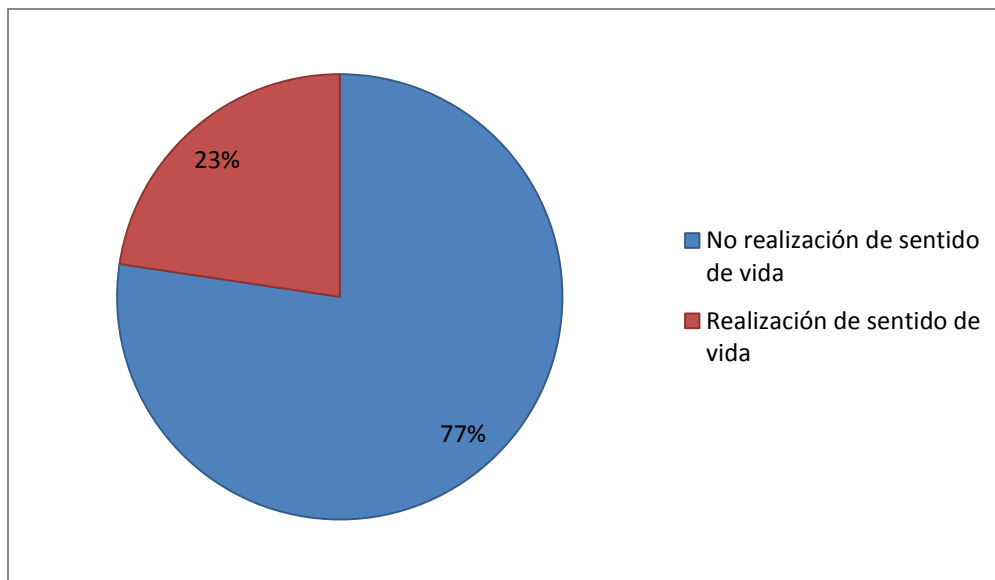
Tabla N°7 Condición del Sentido de Vida

CONDICIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	ABSOLUTA	PORCENTUAL
No realización de Sentido	41	77%
Realización de Sentido	12	23%
POBLACIÓN TOTAL	53	100%

Fuente: Logotest aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°7 Condición del Sentido de Vida



Fuente: Logotest aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Logotest diseñado para medir la condición del sentido de vida, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que, un mayor porcentaje de pacientes presentan “No realización de sentido” que representa el 77% de la población; por otra parte, el 33% presenta “Realización de sentido de vida”.

Interpretación: Las personas que han sido diagnosticados con VIH-SIDA se enfrentan cara a cara con asuntos vitales de gran envergadura, incluyendo la finitud de la vida. Para Frankl la vida no carece de sentido ni siquiera ante una muerte inminente. Incluso en este caso el hombre está ante una tarea muy concreta y personal, aunque sólo fuera la de llevar a término el sufrimiento recto, íntegro de un destino auténtico. (Leguizamón y Ortiz, 2016, p. 36)

ANÁLISIS DE LA CONDICIÓN DEL LOGRO INTERIOR DEL SENTIDO DE VIDA, APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

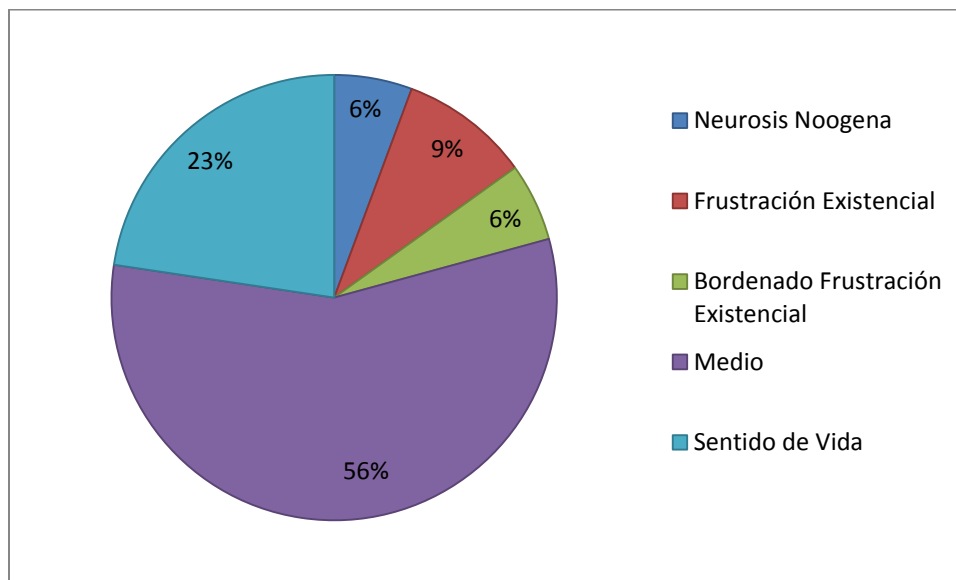
Tabla N°8 Condición del Logro Interior del Sentido de Vida

CONDICIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Sentido de vida	12	23%
Medio	30	56%
Bordeando frustración existencial	3	6%
Frustración existencial	5	9%
Neurosis Noógena	3	6%
POBLACIÓN TOTAL	53	100%

Fuente: Logotest aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°8 Condición del Logro Interior del Sentido de Vida



Fuente: Logotest aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Logotest diseñado para medir la condición del sentido de vida, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que, un mayor porcentaje de pacientes presentan un “Logro Interior de Sentido Medio”, es decir el 56%; por otra parte, el 23% presenta “Sentido de vida”, un 9% “Frustración Existencial” y en un misma relación del 6% de la población encuestada presentan “Bordeando Frustración Existencial” y “Neurosis Noógena”.

Interpretación: Un hombre que no haya dado sentido a su vida y a su existencia es como que fuera un robot condicionado y manipulado por los otros, que le enseñan como pensar, Frankl (como se citó en Cury, 2014) Apreciado Julio Verne: La mayor locura es vivir sin un sentido existencial. Sin sentido, vivimos por vivir, la vida no tiene brillo, el caos no nos ayuda a madurar, la cultura no nos lleva a la sabiduría. Sin propósito, los alimentos, por muy abundantes que sean, nutren el cuerpo, pero dejan hambrienta el alma. Sin propósito, vivimos en un campo de concentración mental, aun rodeados de jardines. No tema morir en Auschwitz; tema vivir una existencia sin sentido.

ANÁLISIS DEL ESQUEMA DE VALORES DEL LOGOTEST APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL VIH DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.

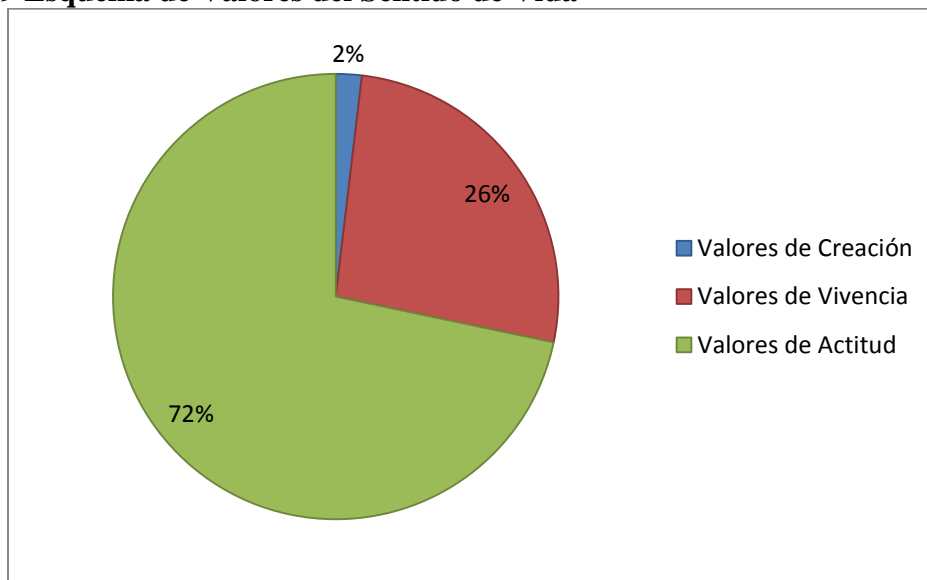
Tabla N°9 Esquema de Valores del Sentido de Vida

INDICADOR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Valores de Creación	1	2%
Valores de Vivencia	14	26%
Valores de Actitud	38	72%
TOTAL	53	100%

Fuente: Logotest aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Gráfico N°9 Esquema de Valores del Sentido de Vida



Fuente: Logotest aplicado a los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación del Logotest diseñado para medir la condición del sentido de vida, en una población de 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se determina que, un mayor porcentaje de pacientes presentan “Valores de Actitud”, es decir el 72%; por otra parte, el 26% presenta “Valores de Vivencia”, un 2% “Valores de Creación”.

Interpretación: La pregunta por el sentido de la propia vida es inherente al ser humano; la ausencia de respuesta es un indicador de carencias espirituales que llevan al hombre a un sufrimiento existencial. Victor Frankl, fundador de la logoterapia, concibe la posibilidad de auto-trascendencia cuando una persona logra salir del propio ego otorgando una dirección hacia alguien o algo distinto de sí mismo: otros seres humanos, quehaceres, cuidados, o creaciones. (Rotbard, 2014, p. 93)

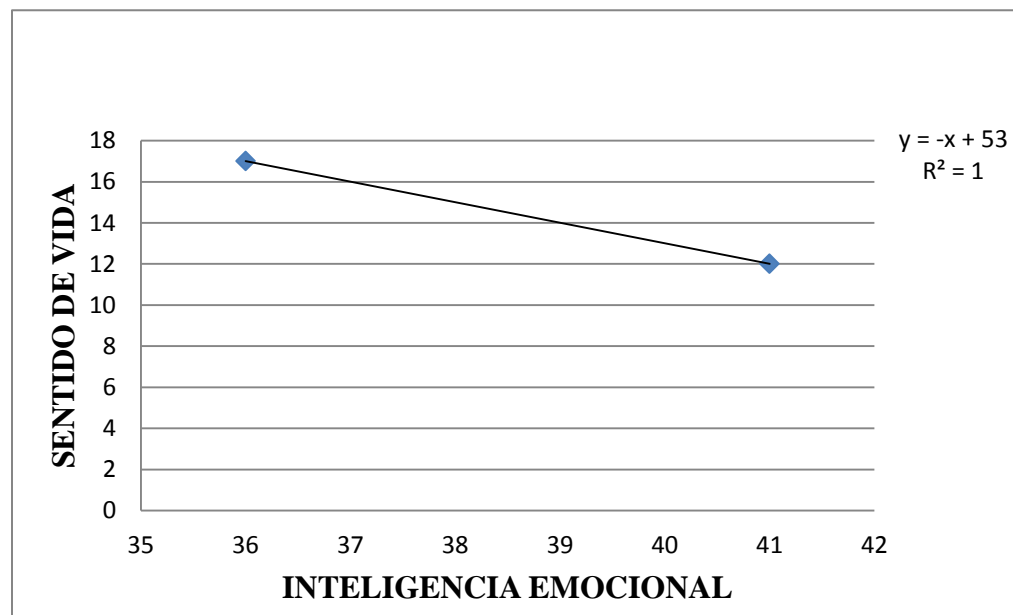
4.3. ANÁLISIS DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (r)

Tabla N°10 Correlación y Determinación entre la variable Inteligencia Emocional y la Variable Sentido de Vida

INTELIGENCIA EMOCIONAL	SENTIDO DE VIDA
36	41
17	12

	INTELIGENCIA EMOCIONAL	SENTIDO DE VIDA
INTELIGENCIA EMOCIONAL	1	
SENTIDO DE VIDA	1	1

Gráfico N°10 Diagrama de dispersión de la correlación entre inteligencia emocional y sentido de vida



Fuente: Coeficiente de Correlación de Pearson (r) entre las variables de inteligencia emocional y sentido de vida.

Elaborado por: Díaz V; Gómez A.

Análisis: En la aplicación de la fórmula estadística de Pearson (r), para analizar la correlación y determinación entre variables, se establece que, respecto a la relación de inteligencia emocional y sentido de vida existe una correlación “Positiva perfecta” de 1 entre las variables y una determinación del 100% lo que equivale “Correlación positiva grande y perfecta”.

Interpretación: La aplicación de la fórmula estadística de Pearson (r), para establecer la correlación y la determinación de variables, muestra que la hipótesis “La inteligencia emocional influye en el sentido de vida de los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba periodo abril-septiembre 2016.”, es correcta ya que existe una correlación perfecta entre la inteligencia emocional y el sentido de vida.

En el caso de las personas que viven con VIH, el desarrollo de la IE puede prevenir un diagnóstico precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a la vez que favorece adecuados niveles de autoestima, estados anímicos positivos y una mejor satisfacción con la vida. (Suarez, Peñate y Crespo, 2006, p.12)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Mediante la investigación realizada se puede llegar a las siguientes conclusiones:

A partir de la aplicación del Test de Inteligencia Emocional en la población estudiada, correspondiente a 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba; se identificó que el 68% presentan “Nivel Bajo” de inteligencia emocional, mientras que el 32%, “Nivel Alto”.

Mediante la aplicación del Logotest a la población de estudio, que corresponde a 53 pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba; se reconoció que la condición del sentido de vida en un 77% corresponde a “No realización de sentido”, a su vez, el 23% equivale a “Realización de Sentido”.

Al relacionar las dos variables del presente estudio según el Coeficiente de Correlación de Pearson (r), se establece una correlación entre las variables de inteligencia emocional y sentido de vida de 1 lo que equivale a una “Positiva perfecta” y una determinación de 100% lo que corresponde a una “Correlación positiva grande y perfecta”.

Los datos revelados por el presente estudio aportan gran relevancia para la elaboración de un plan de intervención psicoterapéutica de inteligencia emocional para los pacientes que presentan “no realización de sentido” en la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

5.2. RECOMENDACIONES

En base al estudio realizado y las conclusiones expuestas es pertinente proponer las siguientes recomendaciones:

Se recomienda al Equipo de Salud Mental del Hospital Provincial General Docente Riobamba, emplear técnicas para mejorar el nivel de inteligencia emocional de los pacientes de la Clínica del VIH.

Se sugiere a los pasantes de psicología clínica que realizan las prácticas preprofesionales en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, bajo la supervisión del Equipo de Salud Mental, ejecuten talleres orientados a trabajar el sentido de vida de los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Se recomienda que los pacientes diagnosticados con VIH reciban atención del equipo multidisciplinario con el que ventajosamente cuenta la Unidad de Salud, principalmente en los casos que presenten nivel bajo de inteligencia emocional y no realización de sentido, dos variables que están íntimamente relacionadas en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Se sugiere realizar intervención psicoterapéutica que aborde la inteligencia emocional y/o sentido de vida; que incluya planes psicoterapéuticos, basados en estudios con pacientes de VIH, como el estructurado en esta investigación, en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Se recomienda que el Equipo de Salud Mental, realice capacitaciones a los profesionales de las diferentes áreas del HPGDR para mejorar la atención, manejo y relación con los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

BIBLIOGRAFÍA

- Bisquerra, R. (Coord.), Punset, E., Mora, F., García, E., López, É., Pérez, J., Lantieri, L., Nambiar, M., Aguilera, P., Segovia, N., Planelis, O. (2012). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. España, Barcelona: Faros.
- Carrillo, J., Porras, I. (2010). *La Inteligencia Emocional y el Sentido de Vida*. (Tesis de pregrado). Universidad De Durango Campus Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México. Recuperado de <http://www.carrilloknowledges.com.mx/assets/la-inteligencia-emocional-y-el-sentido-de-vida.pdf>
- Castro, C. (lunes, junio, 2016). El sentido de la vida, el vacío existencial [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://sentidodelaexistencia.blogspot.com/2006/06/el-vaco-existencial.html>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Colombia, Bogota: Ediciones Ecoe, Segunda Edición.
- Fuentes, A., Mendoza, W. (2011). *Sentido de vida en personas VIH Positivo*. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Ciudad Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/42/Mendoza-Wendy/Mendoza-Wendy.pdf>
- Frankl, V. (1991). *El hombre en búsqueda de sentido*. España, Barcelona: Editorial Herder, duodécima edición.
- Fritzen, S. (1987). *La Ventana de Johari*. España: Editorial Sal Terrae, Quinta Edición

- Gatell, J., Clotet, B., Podzamczar., Miró, J., Mallolas, J. (2015). *Guía Práctica del SIDA Clínica, diagnóstico y tratamiento*. España, Barcelona: Editorial Antares, Décimo Tercera Edición.
- Goleman, D. (2009). *Inteligencia Emocional*. Kairòs, Duodécima Edición.
- Guerri, M. (2014). *Inteligencia Emocional*. Madrid, España: Mestas Ediciones.
- Leguizamón, D., Ortiz, V. (2016). Sentido de vida en personas con VIH/SIDA: Implementación y trascendencia de un taller logoterapéutico intensivo. Recuperado de <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/109/63>
- Martin, D., Boeck, K. (2012). EQ. *Inteligencia Emocional*. Madrid, España: Editorial Edaf.
- Martinez, E. (2011). *Las Psicoterapias existenciales*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno
- Montenegro, O., Cobo, D. (2014). El consumo de drogas y el sentido de vida en los alumnos de bachillerato, de la Unidad Educativa Fiscomisional Técnico “Ecuador” cuyas edades oscilan de 16 a 21 años. (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3633/1/T-UCE-0007-124.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA*.
- ONUSIDA, P. C. (2013). *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*. Biblioteca de la OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2015). VIS/SIDA cifras y datos. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/es/>

- Triola M. (2004). Estadística. Naucalpan de Juárez, México: Editorial Pearson Educación. 9na Edición.
- Rodríguez, M. (2008). Técnicas Participativas. Cuba, La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rotbard, S. (2014). La pregunta por el sentido de la vida el valor de la experiencia y de la acción en los aportes de la logoterapia. *Rev Hisp Cienc Salud*, 2(1). 35. Recuperado de <http://elbuho.aafi.es/buho12/susana%20rotbard.pdf>
- Sánchez, A., Risco, A., Urchaga, J. (2011). Propiedades Psicométricas de un Instrumento (Logotest) para Evaluar el Sentido de la Vida. *Revista de Psicología*. Recuperado de: http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen5/INFAD_010523_373-381.pdf
- Suárez, D., Peñate, A., Crespo, Y. (2009, de febrero). *La inteligencia emocional en personas que viven con VIH*. Duazary. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/688>
- Suárez, D., Molerio, C. (2011). *Particularidades de la Inteligencia Emocional en personas que viven con VIH*. (Tesis de maestría). Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas. Santa Clara, Cuba. Recuperado de <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/3213/Tesis%20de%20Maestr%C3%ADa%20en%20Psicopedagog%C3%ADa.%20Dailys%20Su%C3%A1rez%20Iglesias.%202011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quilambaqui, J., Aguilar, F. (2011). *Análisis de la Inteligencia Emocional en el Desempeño Profesional del Personal de la Unidad Educativa Mario Rizzini de la ciudad de Cuenca*. (Tesis de maestría). Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, Quito Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4949/1/UPS-QT03473.pdf>

Vandenbos, G., Barody, T., Frank-Mcneil, J., Knowles, P., Osmun, M., Isaacs, A.,...
Haggard, M. (2010). Diccionario APA Conciso de Psicología. Manual Moderno:
México, Distrito Federal.

Velázquez, L. (2009, Julio-diciembre). *Logoterapia con personas que experimentan dolor, sufrimiento y pérdida del sentido de la vida*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413008.pdf>

Vivas, M., Gallego, D., González, B., (2007). *Educación de las Emociones*. Producciones Editoriales C.A.: Venezuela, Mérida, Segunda Edición.

Weisinger, H. (2001). *La inteligencia emocional en el trabajo*. Suma de Letras

ANEXOS

Anexo N° 1.

TEST PARA EVALUAR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Fecha: _____ Nombre: _____

En cada frase debes valorar, en una escala del 1 al 7, la capacidad descrita. Antes de responder, intenta pensar en situaciones reales en las que has tenido que utilizar dicha capacidad.

Capacidad en grado bajo (1 2 3) 4 Capacidad en grado alto (5 6 7)

1. Identificar los cambios del estímulo fisiológico
2. Relajarnos en situación de presión
3. Actuar de modo productivo cuando estamos enfadados
4. Actuar de modo productivo en situaciones de ansiedad
5. Tranquilizarnos rápido cuando estamos enfadados
6. Asociar diferentes indicios físicos con emociones diversas
7. Usar el diálogo interior para controlar estados emocionales
8. Comunicar sentimientos de modo eficaz
9. Pensar en sentimientos negativos sin angustiarnos
10. Mantener la calma cuando somos el blanco del enfado de otros
11. Saber cuándo tenemos pensamientos negativos
12. Saber cuándo nuestro “discurso interior” es positivo.
13. Saber cuándo empezamos a enfadarnos
14. Saber cómo interpretamos los acontecimientos
15. Conocer qué sentimientos utilizamos actualmente
16. Comunicar con precisión lo que experimentamos
17. Identificar la información que influye sobre nuestras interpretaciones
18. Identificar nuestros cambios de humor
19. Saber cuándo estamos a la defensiva
20. Calcular el impacto que nuestro comportamiento tiene sobre los demás
21. Saber cuándo no nos comunicamos con sentido
22. Ponernos en marcha cuándo lo necesitamos

23. Recuperarnos rápido después de un contratiempo
24. Completar tareas a largo plazo dentro del tiempo previsto
25. Producir energía positiva cuando realizamos un trabajo poco interesante
26. Abandonar o cambiar hábitos inútiles
27. Desarrollar pautas de conductas nuevas y más productivas
28. Cumplir con lo que decidimos
29. Resolver conflictos
30. Desarrollar el consenso con los demás
31. Mediar en los conflictos de los demás
32. Utilizar técnicas de comunicación interpersonal eficaces
33. Expresar los sentimientos de un grupo
34. Influir sobre los demás de forma directa o indirecta
35. Fomentar la confianza en los demás
36. Montar grupos de apoyo
37. Hacer que los demás se sientan bien
38. Proporcionar apoyo y consejo a los demás cuando sea necesario
39. Reflejar con precisión los sentimientos de las personas
40. Reconocer la angustia en los demás
41. Ayudar a los demás a controlar sus emociones
42. Mostrar comprensión hacia los demás.
43. Entablar conversaciones íntimas con los demás
44. Ayudar a un grupo a controlar sus emociones
45. Detectar congruencias entre las emociones o sentimientos de los demás y sus conductas.

Anexo N° 2.

LOGOTEST

Parte I

Lea las siguientes afirmaciones. En aquellas que coincidan o reflejen su propio caso y que incluso Usted hubiera podido decir de sí mismo, escriba “SI” en la casilla correspondiente. En aquellas que más bien expresan una posición u opinión contraria a la suya, escriba “NO” en la casilla correspondiente. Puede dejar el espacio en blanco si la decisión le resulta difícil.

- 1) Si soy sincero, yo lo que prefiero es una vida agradable y tranquila, sin grandes dificultades y con suficiente respaldo económico.
- 2) Tengo ideas definidas sobre cómo quiero ser y en qué quisiera tener éxito y trato de realizar estas ideas en la medida de lo posible.
- 3) Me siento a gusto en el calor del hogar, dentro de mi círculo familiar (o de comunidad) y quisiera contribuir a que mis hijos (en caso de tenerlos) también obtengan una base similar.
- 4) Encuentro verdadera realización personal en la profesión u ocupación que estoy ejerciendo para la cual me preparo en serio.
- 5) Tengo compromisos y relaciones con una o varias personas y el cumplir con ellos me causa alegría.
- 6) Hay una materia o actividad que me interesa particularmente acerca de la cual deseo saber siempre más y a la cual me dedico en cuanto tengo tiempo.
- 7) Experimento gozo y placer en cierto tipo de vivencias (gusto por el arte, contemplación de la naturaleza....) que no quisiera perder.

8) Creo en una tarea religiosa o política (o en una tarea al servicio del progreso) y estoy dispuesta a actuar a favor de ella

9) Mi vida se ve ensombrecida por adversidades, preocupaciones o enfermedades, sin embargo, me esfuerzo mucho por mejorar esta situación.

Parte II

Señale con una cruz el grado de frecuencia en que Usted ha tenido las siguientes vivencias y procure, por favor, ser sincera.

1) La sensación de rabia o enojo impotente porque creyó que todo lo que había hecho hasta ahora fuera en vano.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

2) El deseo de ser otra vez niña y poder comenzar todo de nuevo desde el principio.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

3) La observación de que Usted trata de presentar su vida ante sí misma o ante otras personas como más sustanciosa y rica en sentido de lo que realmente es.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

4) Aversión a dejarse molestar por pensamientos profundos y en ocasiones incómodos sobre su modo de ser y actuar.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

5) La esperanza de poder transformar un fracaso o una desgracia, a pesar de todo, en un hecho positivo, con sólo poner todo su esfuerzo por conseguirlo.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

6) Experiencia de angustia que se le impone y que produce en Usted una dolorosa pérdida de interés hacia todo lo que se le presenta.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

7) El pensamiento de tener que decir ante la proximidad de la muerte que no valió la pena vivir.

Muy frecuentemente Alguna vez Nunca

Parte III.

III.1) A continuación se le presentan tres casos:

a) Una mujer tiene mucho éxito en su vida. Si bien no ha podido conseguir aquello que ella siempre había deseado, ha logrado en cambio alcanzar con el tiempo una buena posición y puede mirar sin demasiada preocupación el futuro.

b) Una mujer se ha obstinado en una tarea que se propuso como meta. A pesar de los continuos fracasos se mantiene firme en su empeño. Por causa de ello, ha tenido que renunciar a mucho, finalmente ha obtenido poco provecho constatable de todo ello.

c) Una mujer ha establecido un compromiso entre sus deseos y las circunstancias que la vida le impone. Cumple cabalmente con sus obligaciones aunque no especialmente a gusto. Por otra parte, cuando le resulta posible, se dedica a sus propios intereses y ambiciones.

III.2) Ahora, refiriéndose a los 3 casos arriba descritos, responda por favor a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es la mujer más feliz?
- 2) ¿Cuál es la mujer que más sufre?

III.3) Finalmente, describa para terminar, en pocas frases, su propio caso, contrastando aquello que ha querido y por lo que se ha esforzado hasta ahora con lo que ha conseguido y exprese asimismo lo que usted piensa y siente al respecto.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS GENERALES	
A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	Inteligencia emocional y sentido de vida en los pacientes de la Clínica del VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo abril-septiembre 2016.
B. AUTOR (ES)	Díaz Olmedo Velky Xiomara Gómez Gaibor Andrea Stefanía
C. DIRECTOR O TUTOR	Dr. Juan Pablo Mazón
D. UNIDAD DE SALUD DE INVESTIGACIÓN	Hospital Provincial General Docente Riobamba

2. JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de VIH/SIDA afecta a nivel físico, psicológico, emocional y social de quien lo padece, lo cual se ha observado en manifestaciones emocionales negativas como: resentimiento, ira, frustración, tristeza, venganza, agresividad, impulsividad entre otras, que se pueden resumir en un nivel bajo de inteligencia emocional; por tal motivo, se ve afectado su sentido de vida ya que se pierde la motivación por vivir, los objetivos y metas se los considera estancadas y el hecho de crear nuevas razones es ya innecesario. Por tanto, es pertinente ampliar el nivel de comprensión y posibilidades de tratamiento de estos pacientes mediante información basado en la evidencia y es la razón de esta investigación.

Propósito:

- Identificar el nivel de inteligencia emocional de los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Reconocer la condición del sentido de vida de los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Relacionar la inteligencia emocional y el sentido de vida en los pacientes de la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Elaborar un plan de intervención psicoterapéutica de inteligencia emocional para los pacientes con no realización de sentido en la Clínica de VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Confidencialidad

La información que recojamos por este proceso de investigación se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un código en vez de su nombre. No será compartida ni entregada a nadie excepto Dr. Juan Pablo Mazon (tutor de la investigación). No se compartirá información confidencial. Se publicarán los resultados con fines académicos e investigativos.

Derecho a retirarse del estudio

Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante_____

Fecha (Día/mes/año)_____

Anexo N° 4

Cuadros que Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson (r)

Correlación Positiva		
1.0		perfecta
0.90	0.99	muy alta
0.70	0.89	alta
0.40	0.69	moderada
0.20	0.39	baja
0.01	0.19	muy baja

Correlación Negativa		
0.01	0.19	muy baja
0.20	0.39	baja
0.40	0.69	moderada

$$r = \frac{N(\sum X.Y) - (\sum X \cdot \sum Y)}{\sqrt{N(\sum X^2) - (\sum X)^2} \cdot \sqrt{N(\sum Y^2) - (\sum Y)^2}}$$

Anexo N° 5

Tabla de Valores de Coeficiente de Determinación de Pearson

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Anexo N° 6



HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Memorando N° 145-UDI-GBP-2016
Riobamba, 23 de mayo del 2016

DE: Lic. Cecilia E. Veloz V
COORDINADORA (E) DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HPGDR

PARA Dra. Lizbeth Silva G.
DIRECTOR MEDICO ASISTENCIAL DEL HPGDR.

ASUNTO: El Indicado.

En relación a la petición de las señoritas Stefania Gómez y Velky Díaz oficio N°280. CPSC-L-FCS-2016, fecha 5 DE MAYO del 2016, suscrito por él Mgs Ramiro Torres Director de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad de Chimborazo y suscrita por la Dirección Médica con Memorando N° 0532 – LSG-DMA--2016 donde solicitan la aplicación del proyecto de investigación “INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SENTIDO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE VIH DEL HPGDR” me permito sugerir que se apruebe tal solicitud en vista que revisado dicho proyecto obtuvo la calificación de 87 y cumpliendo con los tramites que conlleva dicha petición.

Particular que pongo en su consentimiento.

ATENTAMENTE

Lic. Cecilia E. Veloz V

COORDINADORA (E) DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HPGDR

CC. Archivo

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
SECRETARÍA - DIRECCIÓN ASISTENCIAL

RECIBIDO:
DÍA: 23 MES: 05 AÑO: 2016 HORA: 16:00

CONTESTADO:

DÍA: MES: AÑO: HORA: