

Investigación

Medwave 2013;13(11):e5867 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5867

Inteligencia emocional y lesión aterosclerótica coronaria: estudio exploratorio en base a la aplicación del test Trait Meta-Mood Scale

Emotional intelligence and coronary atherosclerosis: exploratory study using the Trait Meta-Mood Scale

Autores: Mariana Suárez-Bagnasco⁽¹⁾, Guillermo Ganum⁽¹⁾, Miguel Cerdá⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital Universitario Fundación Favaloro, Investigaciones Médicas, Buenos Aires, Argentina

E-mail: mariansb@gmail.com

Citación: Suárez-Bagnasco M, Ganum G, Cerdá M. Emotional intelligence and coronary atherosclerosis: exploratory study using the Trait Meta-Mood Scale. *Medwave* 2013;13(11):e5867 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5867

Fecha de envío: 1/7/2013

Fecha de aceptación: 12/12/2013

Fecha de publicación: 20/12/2013

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: emotional intelligence, coronary atherosclerotic lesion, coronary angiogram

Resumen

Introducción

No existen estudios previos que evalúen la inteligencia emocional en adultos asintomáticos con lesiones ateroscleróticas coronarias.

Objetivo

En este trabajo nos proponemos estudiar la inteligencia emocional como rasgo en adultos asintomáticos con y sin lesiones ateroscleróticas coronarias, junto con comparar los datos estadísticos de los mismos.

Diseño y método

Estudio de corte transversal. Participaron 100 adultos asintomáticos, entre 30 y 80 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y que se realizaron una angiogramía coronaria derivados por su médico tratante. La presencia o ausencia de lesión se determinó utilizando un tomógrafo computarizado multicorte de 64 canales. La inteligencia emocional se evaluó mediante la aplicación del test *Trait Meta-Mood Scale*.

Resultados:

La muestra fue constituida por 73% hombres y 27% mujeres. 51% tenía lesión aterosclerótica coronaria, 78% presentó puntajes inferiores a los valores de referencia tanto para el factor claridad como para el factor reparación emocional. 79% presentó puntajes superiores a los valores de referencia para el factor atención emocional. Se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de lesión aterosclerótica coronaria y cada uno de los tres factores evaluados: atención emocional, Chi-cuadrado: 0,302, $p=0,043$; claridad emocional, Chi-cuadrado: -0,312, $p=0,040$; y regulación emocional, Chi-cuadrado: -0,313, $p=0,040$.

Conclusiones:

Las personas con lesiones ateroscleróticas coronarias presentaron una tendencia excesiva a centrarse en la experiencia emocional, observando y pensando sobre las propias emociones, así como una baja habilidad para identificar, distinguir y describir las emociones que experimentan. También

evidenciaron habilidad disminuida para reducir o eliminar las emociones negativas e incrementar o mantener la intensidad de las emociones positivas.

Abstract

Introduction

There are no prior studies that assess emotional intelligence in asymptomatic adults with coronary atherosclerosis.

Aim

The purpose of this study is to explore associations between emotional intelligence in asymptomatic adults with and without coronary atherosclerotic lesions.

Design and method

Cross-sectional design. The sample consisted of 100 asymptomatic 30 to 80 year-old adults that met the inclusion and exclusion criteria and who underwent coronary multislice computed tomography. Coronary atherosclerosis was shown by 64-channel multislice computed tomography. Emotional intelligence was assessed by applying the test Trait Meta-Mood Scale.

Results

The sample was composed of 73% men and 27% women. Fifty-one percent had coronary atherosclerotic lesions, 78% had scores below the reference values for both Clarity and Repair. Seventy-nine percent had scores above the reference values for Attention. Statistically significant associations were found between the presence of coronary atherosclerotic lesion and: a) emotional attention, chi-square: 0.302, $p=0.043$, b) emotional clarity, chi-square: -0.312 , $p=0.040$, b) emotional regulation, chi-square: -0.313 , $p=0.040$.

Conclusions:

People with coronary atherosclerotic lesions showed an excessive tendency to focus on their own feelings and higher levels of rumination, together with lower ability to identify, distinguish and describe their emotions. Likewise, they have lower ability to reduce or eliminate negative emotions and to increase or maintain the intensity of positive emotions.

Introducción y objetivos

Existen múltiples estudios que describen la existencia de asociación entre factores psicológicos y patologías coronarias en adultos sintomáticos. Dentro de estos factores psicológicos estudiados encontramos la depresión, ansiedad e ira. Se ha planteado la existencia de sustratos fisiopatológicos comunes entre estos factores psicológicos y las patologías coronarias. Dichos sustratos comunes implican el predominio de la actividad simpática respecto a la actividad parasimpática, incremento de los niveles de catecolaminas y la liberación de citoquinas proinflamatorias¹⁻⁷.

En la aterosclerosis coronaria se ha identificado un inicio en la infancia y su manifestación clínica a partir de la cuarta década de la vida. Esto refleja diferentes períodos de la historia natural de la aterosclerosis coronaria, ubicándose el período prepatogénico en la niñez, adolescencia y adulto joven, y el período patogénico en el adulto⁸.

Durante las etapas de desarrollo de la enfermedad coronaria tanto los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales como los factores psicológicos mencionados, pueden contribuir a un desarrollo más acelerado. Ello redundaría en la manifestación de la sintomatología antes de lo esperado. Además, puesto que la enfermedad

coronaria y los factores psicológicos se encuentran relacionados a través de algunos sustratos fisiopatológicos comunes previamente descritos, ambos podrían participar en un proceso interactivo. Este proceso podría ser susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo.

En relación al desarrollo psicológico del ser humano, la presencia de una alteración en el nivel de la regulación emocional suele asociarse a la presencia de los factores psicológicos como la depresión, ansiedad e ira. La regulación emocional es uno de los factores que componen el constructo inteligencia emocional, considerada como rasgo. La inteligencia emocional como rasgo, es evaluada con frecuencia a través del test TMMS o *Trait Meta-Mood Scale*⁹⁻¹¹. Su estructura factorial está compuesta por tres factores relacionados entre sí: atención, claridad y reparación. La atención emocional se define como la tendencia de las personas a centrarse en su experiencia emocional, observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, valorar y examinar sus estados afectivos. En general, una persona con alta atención emocional se encuentra constantemente atendiendo a sus emociones y estados anímicos. La claridad emocional refiere a la habilidad de las personas para identificar, distinguir y describir las emociones que experimentan. Por

último, la reparación emocional se relaciona con la habilidad para reducir o eliminar las emociones negativas, e incrementar o mantener la intensidad de las emociones positivas¹²⁻²⁴.

Estudios previos han encontrado correlaciones negativas y significativas entre cada uno de estos factores psicológicos (depresión, ansiedad, ira), y dos factores que forman parte del constructo de inteligencia emocional como rasgo: claridad y reparación²⁵.

Dadas las asociaciones descritas en la literatura entre los factores psicológicos y las patologías coronarias en adultos sintomáticos, además de las asociaciones mencionadas entre la inteligencia emocional como rasgo y los factores psicológicos, cabría esperar encontrar alguna relación entre la inteligencia emocional y la lesión aterosclerótica coronaria en adultos asintomáticos con lesiones de tipo quiescentes. Estas lesiones están formadas por un núcleo lipídico pequeño y por una gruesa capa fibrosa, remodelado compensatorio expansivo sin alteración significativa del diámetro arterial local²⁶.

No existen estudios previos que evalúen la inteligencia emocional en personas con lesiones ateroscleróticas coronarias en adultos asintomáticos. En este trabajo nos proponemos estudiar la inteligencia emocional en adultos asintomáticos con y sin lesiones ateroscleróticas coronarias. También se busca comparar los datos estadísticos de estos adultos.

Método

Se realizó un diseño de corte transversal y se utilizó muestreo consecutivo. La muestra se conformó a medida que los pacientes acudieron al servicio para la realización de una angiotomografía coronaria y cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron adultos asintomáticos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 30 y 80 años, derivados por su médico tratante para la realización de una coronariografía. Fueron excluidos personas que no dieron su consentimiento informado, aquellos con antecedentes de síndrome coronario agudo, angioplastia transluminal coronaria, cirugía de revascularización miocárdica o accidente cerebral vascular. Siguiendo el procedimiento establecido por el protocolo para la realización de angiotomografía coronaria, tampoco participaron personas con alergia al contraste yodado, mujeres embarazadas o con sospecha de estarlo, personas con diagnóstico de insuficiencia renal, hipotiroidismo no tratado, personas con ritmo cardíaco irregular o con frecuencia cardíaca superior a 60 latidos por minuto luego de la administración oral o intravenosa de bloqueadores beta.

Mediante la angiotomografía coronaria se determinó la presencia o la ausencia de lesiones ateroscleróticas coronarias. Las lesiones no calcificadas se definieron como lipídicas cuando presentaban una densidad menor de 30 unidades Hounsfield y fibrolipídicas con una densidad entre 30 y 150 unidades Hounsfield. Se definieron como

calcificadas las lesiones con una densidad mayor a 150 unidades Hounsfield.

Para la realización de la angiotomografía coronaria se utilizó un tomógrafo axial computarizado multicorte 64 (Aquilion 64, Toshiba, Japón). Se inyectó por vía endovenosa un volumen entre 80 y 100 ml de contraste yodado no iónico (Iopamiron 370, Schering) con bomba inyectora (Stellant, MedRAD, Pittsburgh, Pennsylvania), a una velocidad de 4 a 5 ml/s, seguido de una solución salina de 50 ml a similar velocidad (bomba de doble cabezal). El gatillado de la adquisición se inició con la técnica de *bolus tracking* en tiempo real (SURE Start, Toshiba). Esta adquisición se efectuó en apnea inspiratoria de 8 a 12 segundos. Se obtuvieron imágenes de 0,5 mm de espesor con 0,3 mm de intervalo de reconstrucción. El voltaje del tubo fue de 120 kV mAs 400 y la rotación del tubo fue de 400 milisegundos. El volumen de imagen fue reconstruido durante la fase diastólica (meso a tele diástole), que corresponde al menor desplazamiento coronario. Se incluyeron imágenes de sístole cuando se consideró necesario por parte de los observadores para minimizar artefactos de movimiento.

Se reconstruyeron las imágenes en una estación de trabajo VITREA 2 versión 3.9 (VITAL). Dos cardiólogos clínicos especialistas en imágenes analizaron cada uno de los casos estudiados.

La inteligencia emocional como rasgo fue evaluada mediante la aplicación del test *Trait Meta-Mood Scale 24* (escala TMMS-24). Es una escala autoinformada compuesta por 24 áreas. Cada ítem consiste en una frase con cinco opciones de respuesta que va desde "nada de acuerdo" a "totalmente de acuerdo". Estudia tres factores de la inteligencia emocional como rasgo: atención, claridad y reparación. Este instrumento presenta fiabilidad entre 0,70 y 0,85. Para corregir y obtener la puntuación de cada uno de los factores, sumamos los ítems desde el 1 hasta el 8 para el factor atención emocional, los ítems del 9 al 16 para el factor claridad emocional y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones. Cada uno de estos factores fue considerado una variable de nivel de medición nominal. Para el factor atención se consideraron las puntuaciones mayores al percentil 75 como indicadores de presencia de alteraciones. Por otro lado, en el caso de los factores claridad y reparación, las puntuaciones inferiores al percentil 75 se consideraron indicadoras de la presencia de alteraciones.

La aplicación de la prueba se efectuó luego de la realización del estudio cardioimagenológico. Durante su aplicación, el psicólogo no conocía los resultados del estudio imagenológico. A su vez, durante la realización del estudio cardioimagenológico, los cardiólogos no conocían los resultados del test psicológico.

Utilizando el programa SPSS 12.0.1 para Windows (SPSS Inc., Chicago, III, USA), se calcularon frecuencias relativas y se ensayaron asociaciones o correlaciones entre las variables cuyos datos parten del estudio de la coronariografía y de los resultados de la medición *Trait*

Meta-Mood Scale 24. Para comparar los resultados de *Trait Meta-Mood Scale 24* entre las personas con lesión y las que no tienen lesión aterosclerótica coronaria, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. De igual forma, se calculó Chi-cuadrado para ensayar asociaciones entre la presencia de alteraciones en cada uno de los factores estudiados y la presencia de lesiones. Se consideró indicador de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Participaron 100 adultos, 73% hombres y 27% mujeres, entre 30 y 80 años, media 57 años, desvío típico 11 años.

Los máximos niveles educativos alcanzados fueron predominantemente de nivel terciario y universitario: 30% universitarios, 30% terciario y 25% universitario incompleto. Un 69% presentó uno o más factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, mientras que 51% tenía lesión aterosclerótica coronaria y 49% no presentó lesión aterosclerótica coronaria.

Dentro del subgrupo con lesión, 56% presentaba lesión calcificada y 15% lesiones no calcificadas. Dentro del subgrupo con lesión no calcificada, 10% eran de tipo lipídicas y 5% fibrolipídicas.

Respecto a los resultados de la aplicación del test *Trait Meta-Mood Scale 24*, el percentil 75 se ubicó para el factor atención en el puntaje 32, para el factor claridad en el puntaje 34 y para el factor reparación en el puntaje 36.

Dentro del grupo sin lesión aterosclerótica coronaria, 57% presentó puntajes superiores a los valores de referencia para el factor atención emocional, 61% tuvo puntajes superiores a los valores de referencia para el factor claridad emocional y 61% obtuvo puntajes superiores a los valores de referencia para el factor reparación emocional.

Dentro del grupo con lesión aterosclerótica coronaria, en el 78% para el factor claridad emocional y en el 79% para el factor reparación emocional, se observaron puntajes inferiores a los valores de referencia. Respecto al factor atención emocional, 79% presentó puntajes superiores a los valores de referencia.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con lesión aterosclerótica coronaria y el grupo sin lesión aterosclerótica coronaria para los tres factores estudiados: atención (Chi-cuadrado: 3,01 y $p=0,043$), claridad (Chi-cuadrado: 3,19 y $p=0,041$) y regulación (Chi-cuadrado: 3,19 y $p=0,041$).

A partir de los ensayos de las correlaciones entre resultados del *Trait Meta-Mood Scale 24* y la presencia de lesión aterosclerótica coronaria, obtuvimos asociaciones estadísticamente significativas para los tres factores evaluados: atención emocional (Chi-cuadrado: 0,302 y $p=0,043$), claridad emocional (Chi-cuadrado: -0,312 y $p=0,040$), y regulación emocional (Chi-cuadrado: -0,313 y $p=0,040$).

Discusión

La población estudiada fue asintomática, mayoritariamente de sexo masculino (73%), entre 46 y 68 años de edad, de nivel educativo elevado (terciario-universitario), y presentó uno o más factores de riesgo cardiovasculares tradicionales.

Un poco más de la mitad de los participantes (51%) presentó una lesión aterosclerótica coronaria. La lesión aterosclerótica coronaria más frecuente fue la calcificada en el 56% de los casos.

En el grupo sin lesión aterosclerótica coronaria, la mayoría de las personas presentó altas puntuaciones para los tres factores estudiados. En cambio en el grupo con lesiones ateroscleróticas coronarias, la mayoría de las personas presentó bajos puntajes tanto para el factor claridad como para el factor reparación, y altos puntajes para el factor atención. En particular, encontramos asociaciones estadísticas negativas y moderadas entre la presencia de lesión aterosclerótica coronaria y los factores claridad emocional y reparación emocional. También hallamos una asociación moderada y positiva entre la presencia de lesión y el factor atención emocional.

Estos resultados sugieren la introducción de dos perfiles diferentes según las puntuaciones obtenidas a partir de la evaluación *Trait Meta-Mood Scale 24*. En la muestra estudiada el grupo con lesión aterosclerótica coronaria presentó bajos puntajes para los factores claridad y reparación emocional y altos puntajes para el factor atención emocional. Por el contrario, en el grupo sin lesión se observaron altos puntajes para cada uno de los factores estudiados.

En el grupo con lesión aterosclerótica coronaria la presencia simultánea de altos puntajes para atención emocional y bajos puntajes para claridad y reparación emocional, indican una focalización de la atención de forma repetida en las emociones sin llegar a clarificarlas y comprenderlas, obstaculizando luego el proceso de reparación emocional. En cambio en el grupo sin lesión aterosclerótica coronaria, altos puntajes en los tres factores reflejan habilidad no sólo para atender a las emociones, sino también para identificarlas, distinguirlas y regularlas.

El perfil esbozado para el grupo con lesión aterosclerótica coronaria, que implica la presencia simultánea de bajos puntajes en los factores claridad emocional y reparación emocional, se describe en la literatura asociado a factores psicológicos como la depresión, ansiedad e ira.

A partir del análisis de los resultados de este estudio, la tendencia excesiva a centrarse en la experiencia emocional, observando y pensando sobre las propias emociones, una baja habilidad tanto para identificar, distinguir y describir las emociones que experimenta, así como también una baja habilidad para reducir o eliminar las emociones negativas e incrementar o mantener la intensidad de las emociones positivas, se asociaron con la presencia de lesión aterosclerótica coronaria.

Puesto que en este trabajo evaluamos la inteligencia emocional como rasgo, es probable que las alteraciones relacionadas con los tres factores medidos mediante la *Trait Meta-Mood Scale 24*, se presenten con cierta frecuencia a lo largo del tiempo. El perfil aproximado planteado en este trabajo, que involucra alta atención emocional, baja claridad emocional y baja reparación emocional; puede pensarse como facilitador para el desarrollo y permanencia en el tiempo de los factores psicológicos. La sucesión en el tiempo de uno o más de los factores psicológicos mencionados puede contribuir al desarrollo de las lesiones ateroscleróticas coronarias, e incluso quizás a un desarrollo más acelerado de las mismas, pudiendo manifestarse clínicamente antes de lo esperado.

Debido a que este es el primer trabajo que evalúa la inteligencia emocional como rasgo en personas con enfermedad coronaria subclínica, los resultados de este estudio aportan nuevos datos a los ya disponibles en la literatura. Creemos conveniente estudiar una población más numerosa, que incluya un mayor porcentaje de mujeres.

Consideramos necesario estudiar en mayor profundidad la posibilidad de la existencia de un perfil de inteligencia emocional, como rasgo potencialmente más vulnerable para el desarrollo de la lesión aterosclerótica coronaria. Para colaborar en ello, consideramos que sería de utilidad estudiar simultáneamente los factores psicológicos y la inteligencia emocional como rasgo en personas con y sin lesiones ateroscleróticas y luego comparar los resultados de ambos grupos. La presencia de frecuentes estados psicológicos (ya sea depresivos, ansiosos o de ira), la presencia frecuente de estados fisiopatológicos alterados (por ejemplo el predominio de la actividad simpática respecto a la actividad parasimpática, el incremento de los niveles de catecolaminas y la liberación de citoquinas proinflamatorias), contribuirían al desarrollo de la patología.

Si bien este trabajo presenta limitaciones asociadas a la muestra estudiada y al diseño utilizado, aporta nuevos datos a los ya disponibles. Creemos que sería interesante profundizar su estudio e intervenir en los factores evaluados para, en última instancia, promover una mejor calidad de vida de las personas.

Conclusiones

Las personas con lesiones ateroscleróticas coronarias presentaron una tendencia excesiva a centrarse en la experiencia emocional, observando y pensando sobre las propias emociones. También presentaron una baja habilidad tanto para identificar, distinguir y describir las emociones que experimentan, como también una baja habilidad para reducir o eliminar las emociones negativas e incrementar o mantener la intensidad de las emociones positivas.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando a la autora responsable.

Referencias

1. Strike PC, Steptoe A. Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Prog Cardiovasc Dis.* 2004 Jan-Feb;46(4):337-47. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ.* 1999 May 29;318(7196):1460-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
3. Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Ann Behav Med.* 1998 Spring;20(2):47-58. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Kop WJ. Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosom Med.* 1999 Jul-Aug;61(4):476-87. | [PubMed](#) |
5. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation.* 1999 Apr 27;99(16):2192-217. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Williams JE, Paton CC, Siegler IC, Eigenbrodt ML, Nieto FJ, Tyroler HA. Anger proneness predicts coronary heart disease risk: prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Circulation.* 2000 May 2;101(17):2034-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation.* 1999 Apr 27;99(16):2192-217. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Stary HC, Chandler AB, Dinsmore RE, Fuster V, Glagov S, Insull W Jr, et al. A definition of advanced types of atherosclerotic lesions and a histological classification of atherosclerosis. A report from the Committee on Vascular Lesions of the Council on Arteriosclerosis, American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1995 Sep;15(9):1512-31. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En: *Emotion, disclosure, and health.*

- Washington, DC: American Psychological Association, 1995:125-154.
10. Fernández-Berrocal P, Alcaide R, Domínguez E, Fernández-McNally, Ramos NS, Ravira M. Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey En: Datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica. 1998, Málaga.
 11. Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004 Jun;94(3 Pt 1):751-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 12. Extremera N, Durán, A, Rey L. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism– pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences.* 2007;42(7):1069-1079. | [CrossRef](#) |
 13. Extremera N, Durán, A, Rey L. The moderating effect of trait meta-mood and perceived stress on life satisfaction. *Personality and Individual Differences.* 2009;47(2):116-121. | [CrossRef](#) |
 14. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *Span J Psychol.* 2006 May;9(1):45-51. | [PubMed](#) |
 15. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional y diferencias individuales en metaconocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta- Mood Scale. *Ansiedad y Estrés.* 2005;11:101-122. | [Link](#) |
 16. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychol Rep.* 2002 Aug;91(1):47-59. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 17. Fernández-Berrocal P, Alcaide, R, Extremera N, Pizarro DA. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research* 2006;4(1):16-27. | [Link](#) |
 18. Fernández-Berrocal P, Extremera N. A review of trait meta-mood research. *Intl Psychol Res.* 2008;2(1):39-67. | [Link](#) |
 19. Goldman SL, Kraemer DT, Salovey P. Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *J Psychosom Res.* 1996 Aug;41(2):115-28. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 20. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychol Health.* 2002;17(5):611-627. | [CrossRef](#) |
 21. Salovey P, Woolery A, Mayer J D. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En: *Blackwell handbook of social psychology: interpersonal processes.* Malden, MA: Blackwell Publishers, 2001:279-307.
 22. Salovey P, Bedell B, Detweiler JB, Mayer JD. Coping intelligently: emotional intelligence and the coping process. En: *Coping: the psychology of what works.* New York: Oxford University Press, 1999:141-164.
 23. Schutte N, Malouff J, Thorsteinsson E, Bhullar N, Rooke S. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences* 2007;42(6):921-933. | [CrossRef](#) |
 24. Thompson B, Waltz J, Croyle, K, Pepper A. Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences.* 2007;43(7):1786-1795. | [CrossRef](#) |
 25. Salguero Noguera JM, Iruarrizaga Díez I. Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés* 2006;12(2-3):207-221. | [Link](#) |
 26. Chatzizisis YS, Coskun AU, Jonas M, Edelman ER, Feldman CL, Stone PH. Role of endothelial shear stress in the natural history of coronary atherosclerosis and vascular remodeling: molecular, cellular, and vascular behavior. *J Am Coll Cardiol.* 2007 Jun 26;49(25):2379-93. Epub 2007 Jun 8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Tablas

	Con lesión	Sin lesión
Edad promedio	60	53
Género masculino	39	34
Dislipidemia	55	48
Hipertensión arterial	50	40
Antecedentes heredofamiliares	42	40
Obesidad	35	30
Diabetes	18	10
Tabaquismo	28	16
Atención emocional	78	57
Claridad emocional	79	61
Reparación emocional	79	61

Tabla I. Frecuencias absolutas de las variables estudiadas en el grupo con lesión y en el grupo sin lesión.

Correspondencia a:

⁽¹⁾Av. Belgrano 1746, 2° piso
Buenos Aires
Argentina



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.