



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO VÍCTOR ALZAMORA CASTRO

Inteligencia Emocional en pacientes que se someten a rinoplastia en el
Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo
Loayza - Lima 2012

Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina

RONULFO FERNANDO LUNA MUÑOZ

LIMA - PERÚ

2015

ASESOR DE TESIS:

DR. DIEGO GONZÁLEZ DEL CARPIO

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
	2.1 Planteamiento del Problema.....	5
	2.2 Marco Teórico.....	5
	2.3 Justificación.....	26
	2.4 Objetivos.....	27
	2.5 Hipótesis.....	28
III.	METODOLOGÍA.....	29
	3.1 Diseño del Estudio.....	29
	3.2 Población y Muestra.....	29
	3.3 Operacionalización de Variables.....	30
	3.4 Procedimientos y Técnicas.....	30
	3.5 Consideraciones Éticas.....	36
	3.6 Plan de Análisis.....	37
IV.	RESULTADOS.....	38
	Tablas y Gráficos.....	43
V.	DISCUSIÓN.....	47
VI.	CONCLUSIONES.....	54
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
	ANEXOS.....	61

RESUMEN

Los objetivos fueron determinar la inteligencia emocional en pacientes que decidieron someterse a una rinoplastia, y en pacientes que decidieron por la septoplastia, así como su comparación. Es un estudio descriptivo transversal de casos y controles. El instrumento de medición fue el inventario de cociente emocional Bar-On. La muestra fueron 76 pacientes: 38 pacientes entre 20 a 54 años atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Loayza, con nariz no estética, tabique desviado y que decidieron someterse a una rinoplastia; y 38 controles con características similares a los casos pero que decidieron por una septoplastia. Se halló que tanto casos como controles presentaron los mismos niveles de inteligencia emocional ($p>0,05$), siendo adecuado en el 74% en cada grupo. En la escala de Adaptabilidad, los controles presentaron mayor inteligencia emocional que los casos. La interacción edad y género fue significativa ($p<0,05$) en las escalas Interpersonal y Adaptabilidad, en esta última las pacientes más jóvenes, presentaron mayor capacidad de adaptación en la solución de problemas. La decisión de someterse a estos procedimientos por parte del paciente no se hizo de manera arbitraria, sino debido a una mejora de su aspecto físico y también de su aspecto emocional.

Palabras clave: inteligencia emocional, rinoplastia, septoplastia.

ABSTRACT

The aim of this study were to determine the emotional intelligence in patients who opted for rhinoplasty, and those who opted for septoplasty, as well as their comparisons. This is a descriptive case-control study. The instrument was the emotional quotient inventory Bar-On. The sample consisted of 76 patients: 38 patients between 20 to 54 years old treated at the Department of Otolaryngology at National Hospital A. Loayza, with no aesthetic nose, deviated septum and who decided to undergo a rhinoplasty; and 38 controls with characteristics similar to the cases but decided by a septoplasty rather than septorhinoplasty (rhinoplasty). We find that both cases and controls showed almost the same levels of emotional intelligence ($p>0,05$), remains adequate 74% in each group. In the Adaptability scale, controls had higher emotional intelligence than cases. The interaction between Age and gender did have a significant effect ($p<0,05$) to the Interpersonal and Adaptability scales, in this latter the patients under the age of 35 had higher adaptability in solving their problems. The decision to undergo these procedures by the patient was not random, but due to an improvement in their physical appearance and also their emotional aspect.

Keywords: emotional intelligence, rhinoplasty, septoplasty.

I. INTRODUCCIÓN

Cada vez es mayor el número de personas que se someten a intervenciones quirúrgicas de índole estético, dentro de las cuales destaca la rinoplastia; las cirugías nasales están tomando mayor importancia, porque se puede asumir que el rostro es la parte más importante del cuerpo para la expresión de nuestras emociones, siendo la nariz la parte más prominente de la cara, por ello la cirugía nasal no sólo mejora la estética facial de la persona, sino por todo lo que trae consigo, llegando a convertirse una nariz bonita en un signo de distinción y en un elemento que contribuye a mejorar la autoestima de la persona, influyendo directamente en el mejor desenvolvimiento ante los demás.

Para lograr consistentemente hermosos resultados de la rinoplastia, hay que partir de una comprensión de lo que nuestros ideales estéticos deben ser; esta concepción debe ser definida satisfactoriamente para todos los grupos raciales (1). Se ha creído durante mucho tiempo que el concepto de belleza facial es subjetivo y varía según la raza, la cultura o la época. Sin embargo, la matemática y la ciencia médica establecen que hay un eterno ideal estético de la belleza facial, que nuestra percepción de la belleza física se basa principalmente en nuestras proporciones físicas de acuerdo a la proporción áurea, es decir al cociente 1.618.

Recientes estudios científicos (Hatice Gunes, referencia 2) (41) revelan que el concepto, no aprendido sino intuitivo, de un rostro bello se forma a una edad tan temprana como a los 2 meses. Por otra parte, los estudios transculturales sobre la belleza facial muestran que todos los grupos tienen una percepción similar de

belleza facial y el concepto de belleza puede ser definido para todas las razas, culturas y épocas con proporciones faciales adecuadas (2)

El deseo de mejoría con la estética nasal es un punto que pasa por la cabeza de muchas personas, convirtiéndose la rinoplastia en una de las cirugías estéticas más frecuentes. Durante el periodo 2010-2011, según un estudio de la *International Society of Aesthetic Plastic Surgeons* (ISAPS) revisado el 15 de Enero del 2013, la rinoplastia ocupaba el quinto lugar (7,5%) de todas las cirugías plásticas efectuadas a nivel mundial, después de la Lipoplastia (19,9%), el aumento de senos (18,9%), la Blefaroplastia (11,0%) y de la Abdominoplastia (8,7%), siendo la República China y Japón los países donde fue más frecuente este procedimiento seguido de Brasil, Estados Unidos, Sur Corea e India. En este reporte sólo mencionan a los primeros 25 países según número de cirugías plásticas, el cual no incluye a Perú. Además en relación a la edad, el grupo etario de 30 a 50 años tuvo el mayor número de cirugías plásticas (44%), seguido de los grupos 51 a 64 (28%), 19 a 34 (20%), 65 a más (7%), y de 18 a menos (1,3%). (3).

Estas estadísticas nos dejan en la duda de si la decisión de someterse a una rinoplastia se hace de manera fortuita o es producto de una angustia o tristeza continua, es decir si la inteligencia emocional interviene de alguna manera, de allí la importancia del presente estudio que nos ha dado un elemento adicional para saber con qué tipo de pacientes trata el médico, a fin de conocer las formas de manejo del mismo, conocimiento que reducirá las probabilidades de tener algún problema luego de la intervención quirúrgica. La relevancia de considerar a la inteligencia emocional del paciente hace que el médico sea corresponsable del

futuro desenvolvimiento de sus pacientes, y por ende lo obliga a obtener siempre los mejores resultados.

Los efectos de los defectos físicos en el desarrollo psicológico de un individuo han sido bien documentados, por ejemplo las anomalías congénitas pueden limitar el crecimiento emocional y desequilibrar la estabilidad debido a dichos defectos, haciendo que los déficits psicológicos sean peores que los déficits físicos originales. Tomemos como ejemplo a la ginecomastia en varones adolescentes, que particularmente es devastadora por sus efectos en la imagen corporal y en el desarrollo de la personalidad. La presencia de senos colgantes genera ansiedad extrema sobre la adecuación masculina y puede llevar a un pseudo homosexualismo, aceptando algunos roles femeninos ó comportándose en “*acting-out*” (acción con carácter impulsivo) de modo de probar su masculinidad, es decir actuando violenta, agresiva e impulsivamente. Retomando la rinoplastia, el punto más importante a examinar es la motivación del paciente que se ha decidido por la cirugía plástica, y que ésta debe ser determinada por el médico, a través de un instrumento o escala, considerando si la motivación fue generada por presiones internas o externas (4).

La rinoplastia es el procedimiento cosmético más buscado, y representativo de la situación de la cirugía estética en general. La cara, como mencionamos al inicio, es el representante físico más importante de nuestras emociones, y la nariz es su característica más destacada. Los sentimientos de insuficiencia pueden ser desplazados en la nariz de una manera determinada por las circunstancias fisiológicas, culturales e históricas (4).

La importancia de la cirugía estética se ve actualmente reflejada no solamente en la práctica quirúrgica, en particular la nasal, sino también en lo académico dentro de la medicina moderna. Por ejemplo, en 34 años el promedio anual de publicaciones científicas indexadas en Medline se quintuplicó de 840 “papers” (publicaciones) indexados anuales a 3225 hasta septiembre del 2013 (*) como se muestra en la tabla adjunta:

Cirugía Estética - Publicaciones Científicas

Quinquenio	Publicaciones	Promedio anual
1980-1985:	4,199	839.8
1985-1990:	6,822	1,364.4
1990-1995:	9,021	1,804.2
1995-2000:	10,875	2,175.0
2000-2005:	13,337	2,667.4
2005-2010:	19,315	3,863.0
2010-2013*:	16,123	4,299.5

Fuente: Medline

Para medir la inteligencia emocional de los pacientes, hemos utilizado el Inventario del Cociente Emocional de Bar-On, el cual fue aplicado tanto a pacientes que se sometieron a una rinoplastia (septorinoplastía) como a pacientes que decidieron por la septoplastía. Previamente al análisis estadístico se determinó la validez de las respuestas para eliminar el azar o el desinterés en responder, con el índice de inconsistencia y con las escalas de impresión positiva y negativa, obteniendo resultados favorables y válidos. En la última parte del análisis, luego de determinar y comparar los niveles de inteligencia emocional en ambos grupos se analizó en detalle el efecto de la edad y del género en forma independiente sobre la inteligencia emocional, los cuales no fueron significativos, sin embargo se encontró que la interacción entre ellas sí afectó a la inteligencia emocional.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del Problema

En el momento actual sabemos que los factores que hacen que una persona decida someterse a un procedimiento estético son múltiples, sobretodo externos, pero no sabemos lo suficiente de los factores internos que pudieran estar involucrados. En el presente estudio se pretende determinar una probable causa más de esa motivación, lo cual ayudará a conocer más al tipo de paciente que visita al médico por un procedimiento estético. Ante estas dudas surge la siguiente interrogante:

- ¿Cuál es el cociente de inteligencia emocional y qué diferencias existen entre los pacientes que deciden someterse a una rinoplastia frente a los pacientes que deciden por una septoplastia, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima 2012?

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Inteligencia Emocional:

En la Inteligencia Emocional y sus Principales Modelos (6) se describen tres grandes modelos de inteligencia emocional:

1. El modelo de Mayer–Salovey.-

Este modelo describe a la inteligencia emocional como la capacidad y habilidad de percibir, entender, manejar y utilizar las emociones para facilitar el pensar, es decir, es la capacidad del individuo para acceder a sus emociones y crear una

sintonización e integración entre sus experiencias. Aquí se define a la inteligencia emocional como un procesamiento de la información emocional, a través de la manipulación cognitiva y conducida sobre la base de una tradición psicomotriz. Esta perspectiva busca identificar, asimilar, entender y, por último, regular las emociones. La inteligencia emocional representa la aptitud o habilidad para razonar con las emociones.

Capacidades Escalonadas del Modelo de Mayer–Salovey

Capacidad	Descripción
Percepción Emocional	Habilidad para percibir las emociones propias y la de los demás; esta fase incluye la percepción emocional sobre objetos, arte, historias, música y otros estímulos.
Asimilación Emocional	Habilidad para generar, sentir las emociones, haciéndolas necesarias en la comunicación de sentimientos, o también utilizarlas en otros procesos cognitivos.
Comprensión Emocional	Habilidad para comprender la información emocional, es decir, la forma en que las emociones se combinan; esta comprensión implica la apreciación de los significados emocionales.
Regulación Emocional	En esta última fase, se desarrolla la habilidad para estar abierto a los sentimientos, modular los propios y los de los demás así como promover la comprensión y el crecimiento personal.

Tomado de: Inteligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales (5)

Este modelo tiene 4 fases, y cada una se apoya sobre las habilidades logradas en la fase anterior. La capacidad más básica ó inicial es la percepción e identificación emocional; la construcción emocional empieza con la percepción de la demanda emocional de los infantes y a medida que el individuo madura, esta habilidad se

refina aumentando el rango de las emociones que pueden ser percibidas. Luego, las emociones son asimiladas en el pensamiento, en el nivel consciente, donde el sistema límbico sirve como un mecanismo de alerta frente a los estímulos. Si el aviso emotivo permanece en el nivel inconsciente, significa que el pensamiento, en esta segunda fase de las habilidades, no está siendo capaz de usar las emociones para resolver problemas. Cuando la emoción está conscientemente evaluada, puede guiar la acción y la toma de decisiones pasando a la tercera fase, donde las reglas y la experiencia gobiernan el razonamiento acerca de las emociones. En este nivel las influencias culturales y ambientales desempeñan un papel significativo. Y por último, en la cuarta fase, las emociones son manejadas, en términos de apertura y regulación de los sentimientos y emociones con el fin de producir un crecimiento personal. (5)

Cada fase tiene habilidades específicas, que reunidas construyen una definición de la inteligencia emocional, que es la siguiente: la habilidad para percibir y expresar emociones, asimilar emociones en el pensamiento, entender y razonar con emociones, y regular las emociones en uno mismo y en otros.

La forma actual, y más utilizada, de medir la inteligencia emocional (IE), en base a este modelo es a través del instrumento Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), que mide las cuatro habilidades de IE (percepción, uso, comprensión y regulación de las emociones) con 141 ítems que se dividen entre 8 tareas (dos para cada fase). Este instrumento proporciona 4 puntuaciones (una por cada fase), y 3 puntuaciones adicionales: una para el área IE Experiencial, que es la combinación de las fases 1 y 2; la segunda puntuación es para el área IE Estratégica que combina las fases 3 y 4 del modelo; y la tercera

puntuación es para el total del instrumento. Uno de sus autores señala que las habilidades evaluadas por el MSCEIT se ajustan a criterios clásicos psicométricos para medir una inteligencia pues: el instrumento tiene una estructura factorial congruente con las cuatro ramas del modelo teórico; las cuatro habilidades están relacionadas significativamente con otras habilidades mentales, como la inteligencia verbal; la IE se desarrolla con la edad y con la experiencia; y las habilidades se pueden medir de modo objetivo.

Sub-tests del MSCEIT

Fase	Detalles de los sub-tests
Percepción Emocional	Caras: se solicita a los sujetos que identifiquen determinadas emociones expresadas en las caras de las personas que aparecen en fotografías. Cuadros :igualmente que identifiquen sentimientos que son evocados por diseños artísticos y paisajes.
Asimilación Emocional	Se utiliza un vocabulario que no es emocional (Sensaciones) y se identifican sentimientos que podrían facilitar la realización exitosa de diversas tareas cognitivas y conductuales, como por ejemplo, pedir el grado de utilidad que se puede sentir, respecto a cada una de las siguientes emociones (enojo, entusiasmo y frustración) (de nada útil a útil), cuando se compone una marcha militar.
Comprensión Emocional	Combinaciones: mide cómo un sujeto analiza emociones complejas; Cambios: mide cómo cambian las reacciones emocionales a lo largo del tiempo. Por ejemplo, se presenta un ítem como “Tristeza y satisfacción son a veces parte del sentimiento de ___”, y el participante debe elegir una opción (Nostalgia, Ansiedad, Expectación, Depresión o Desprecio).
Regulación Emocional	Se valora cómo manejan los participantes las emociones ajenas (Regulación Social) y cómo regularía una persona sus propias emociones. Por ejemplo, se pide a los participantes que lean una breve historia sobre otra persona y que luego determinen cuál sería la efectividad de diferentes conductas para manejar las emociones de la historia.

Tomado de: Medidas de Evaluación de la Inteligencia Emocional (40)

El cuadro anterior muestra los sub tests que forman parte de este instrumento. Su validación (consistencia interna) se basó en una muestra normativa (más de 5000 personas de diferentes partes del mundo) la que apoyó cada ítem del MSCEIT, y su validación pasó por el criterio experto que se obtuvo a partir de 21 miembros de la Sociedad Internacional para la Investigación de las Emociones (ISRE) que proporcionaron su juicio experto para cada ítem del test..

2. El modelo de Goleman.-

En este modelo se muestran el uso de las competencias sociales y emocionales en provecho de la persona, donde su objetivo es establecer que el Cociente Emocional no se enfrenta ni excluye al Cociente Intelectual clásico, pues ambos se complementan, y esta forma de combinarse se manifiesta con las interrelaciones que se producen. Por ejemplo, tomemos a un individuo con un alto cociente intelectual y al mismo tiempo que tenga pocas habilidades para el trabajo, y comparémoslo con otro individuo que tenga un cociente intelectual medio y una alta habilidad en su trabajo (38), y podríamos pensar que el primero tendría un mejor rendimiento que el segundo, pues tradicionalmente el éxito de una persona estaba relacionado fundamentalmente con su Cociente Intelectual, sin embargo, en la actualidad esta afirmación está siendo sustituida por la comprobación de que menos del 20% del éxito está relacionado con el Cociente Intelectual. y el 80% restante corresponde a otros factores más importantes.

Los componentes que constituyen la inteligencia emocional según Goleman son:

- a) Conciencia de uno mismo (*Self awareness*) que es la conciencia que se tiene de los propios estados internos, los recursos e intuiciones;
- b) Autorregulación (*Self*

management) ó control de nuestros estados, impulsos y recursos internos; c) Motivación (*Motivation*), que explica las tendencias emocionales que guían o que facilitan el logro de objetivos; d) Empatía (*Social-awareness*), ó la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas; y e) las habilidades sociales (*Relationship management*) ó capacidad de inducir respuestas deseables en los demás pero no entendidas como capacidades de control sobre otro individuo. (6)

A partir de este modelo se plantea la idea de que si bien los conocimientos, la experiencia y el cociente intelectual tienen importancia como requisitos umbral, son las competencias emocionales las que determinan los resultados superiores. Apunta que el éxito en la vida depende, en su mayor medida, de la inteligencia emocional y de que es posible su desarrollo desde la niñez hasta la edad de la jubilación. (7)

En su libro, *Inteligencia Emocional*, pág. 32, Goleman menciona a los tipos puros, en relación al cociente intelectual (CI) y a la inteligencia emocional, y resalta que ambos no son conceptos contrapuestos sino tan sólo diferentes, pues todos nosotros representamos una combinación peculiar entre el intelecto y la emoción. Las personas que tienen un elevado CI, pero que, en cambio manifiestan una escasa inteligencia emocional (o que, por el contrario, muestran un bajo CI con una elevada inteligencia emocional), suelen ser, a pesar de los estereotipos relativamente raras. En cambio parece como si existiera una débil correlación entre el CI y ciertos aspectos de la inteligencia emocional, aunque una correlación lo suficientemente débil como para dejar bien claro que se trata de entidades completamente independientes. A diferencia de lo que ocurre con los test

habituales del CI, no existe un solo test de papel y lápiz capaz de determinar el grado de inteligencia emocional. Aunque se ha llevado a cabo una amplia investigación de los elementos que componen la inteligencia emocional, algunos de ellos, por ejemplo la empatía, sólo pueden valorarse poniendo a prueba la habilidad real de la persona para ejecutar una tarea específica como el reconocimiento de las expresiones faciales ajenas grabadas en vídeo.

Según los planteamientos de Goleman, los hombres que poseen una elevada inteligencia emocional suelen ser socialmente equilibrados, extravertidos, alegres, poco predispuestos a la timidez y a “rumiar” sus preocupaciones. Demuestran estar dotados de una notable capacidad para comprometerse con las causas y las personas, suelen adoptar responsabilidades, mantienen una visión ética de la vida y son afables y cariñosos en sus relaciones. Su vida emocional es rica y apropiada; se sienten, en suma, a gusto consigo mismos, con sus semejantes y con el universo social en el que viven. De allí que podemos resumir el modelo de Goleman en cinco áreas:

- 1) Ser conscientes de nuestras emociones: el principio socrático "hombre, concóctete a ti mismo" es una toma de conciencia de nuestras propias emociones; reconocer los sentimientos en el momento que ocurren, de ahí que una debilidad o incapacidad en este reconocer nos dejaría a merced de las emociones incontroladas, de las circunstancias.
- 2) Manejar nuestras emociones: también se basa en la toma de conciencia de las propias emociones, pero teniendo habilidad para transformar expresiones de ira, de furia o de irritabilidad, ya que esto es básico en las relaciones con nuestros semejantes. (39)

- 3) Motivación propia: existe una estrecha relación entre emoción y motivación. Encaminar las emociones, y paralelamente la motivación, para el logro de objetivos es fundamental al prestar atención, auto-motivarse, manejarse y realizar actividades creativas. El control emocional de sí mismo implica la demora de gratificaciones y el dominio de la impulsividad, que suele estar presente en el logro de ciertos objetivos.
- 4) Reconocer las emociones de los demás: el altruismo se basa en la empatía, y las personas empáticas se colocan en el lugar de las otras personas, captan las sutiles señales de lo que los demás necesitan, desean o carecen. Personas empáticas son adecuadas para profesiones de ayuda y servicio en el sentido amplio, como son por ejemplo los profesores, asesores, pedagogos, abogados, expertos en ventas, y profesiones de la salud.
- 5) Establecer relaciones: vivimos en una sociedad competitiva, y prepararnos o desarrollar ciertas habilidades sociales son la base del éxito traducido en liderazgo, popularidad y eficiencia interpersonal, por ello quienes dominan estas habilidades serán capaces de relacionarse empáticamente, suavizando las asperezas inherentes en el trato hacia los demás. (39)

3. El modelo de Bar-On.-

Bar-On (1997), presenta otra definición de la inteligencia emocional tomando como base a Salovey y Mayer, y la describe como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio. Dicha habilidad se

basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva. Este modelo de Inteligencias no cognitivas (EQ-i) se fundamenta en las competencias, las cuales intentan explicar cómo un individuo se relaciona con las personas que le rodean y con su medio ambiente. Por tanto, la inteligencia emocional y la inteligencia social son consideradas como un conjunto de factores de interrelaciones emocionales, personales y sociales que influyen en la habilidad general para adaptarse de manera activa a las presiones y demandas del ambiente (Bar-On 2000). En este sentido, el modelo “representa un conjunto de conocimientos utilizados para enfrentar la vida efectivamente”. Este modelo fue conformado en dos partes. La primera relata la teoría del modelo y la segunda muestra la medición psicométrica de la inteligencia emocional, basada en este modelo y creada sólo para él. (8)(9)(10)

En resumen se plantea que la inteligencia no cognitiva es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, lo que influye directamente en el bienestar general y en la salud emocional. Sobre la base de este concepto, Bar-On construye el inventario de cociente emocional (I-CE). (11) (12)

Por lo tanto el modelo de inteligencia social y emocional que propone Bar-On se relaciona con el potencial para el rendimiento, antes que con el rendimiento en sí mismo; se fundamenta en la orientación con base en el proceso, antes que en la orientación con base en logros.

Según Bar-On, la inteligencia emocional, está compuesta por cinco grandes escalas: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de

ánimo general. Estas cinco escalas a su vez agrupan en quince sub escalas en total, las cuales son habilidades susceptibles de evaluación.

1. Escala Intrapersonal, compuesta por 5 sub-escalas: Conocimiento de sí mismo, asertividad, auto-concepto, autorrealización e independencia. Este componente intrapersonal, reúne la habilidad de ser consciente, de comprender y relacionarse con otros.
 2. Escala Interpersonal, compuesta por 3 sub-escalas: Empatía, relaciones interpersonales, y responsabilidad social. Este componente implica la habilidad para manejar emociones fuertes y controlar los impulsos;
 3. Escala de Adaptabilidad o de ajuste, compuesta por 3 sub-escalas: Solución de problemas, flexibilidad, y prueba de realidad;
 4. Escala Manejo del Estrés, compuesta por 2 sub-escalas: Tolerancia al estrés, y control de impulsos, que involucra la habilidad de tener una visión positiva y optimista;
 5. Escala Estado de Ánimo General, compuesta por 2 sub-escalas: Felicidad, y Optimismo. Este componente está constituido por la habilidad para adaptarse a los cambios y resolver problemas de naturaleza personal y social;
- (10)(11)(12)(13)

Además, Bar-On dividió las capacidades emocionales en dos tipos principales: 1) las capacidades básicas (*corefactors*), esenciales para la existencia de la inteligencia emocional: la autoevaluación, la autoconciencia emocional, la asertividad, la empatía, las relaciones sociales, el afrontamiento de presiones, el control de impulsos, el examen de realidad, la flexibilidad y la solución de problemas; y 2) las capacidades facilitadoras (*facilitators factor*), que son el

optimismo, la autorrealización, la alegría, la independencia emocional y la responsabilidad social (Bar-On 2000). Cada uno de estos elementos se encuentran interrelacionados, por ejemplo, la asertividad depende de la auto-seguridad; mientras que la solución de problemas depende del optimismo, del afrontamiento de las presiones y de la flexibilidad.

2.2.2 Evaluación de la Inteligencia Emocional

A partir de los modelos de inteligencia emocional vistos, se han desarrollado una serie de instrumentos de medición. En términos generales, hay dos estrategias de medición: la primera lo hace mediante la evaluación del desempeño (MSCEIT-MEIS) y por informantes (Mayer et al. 2000a); la segunda, lo hace a través del auto-reporte (EQ-i) (Bar-On 1997; Goleman 1998). La prueba de MSCEIT-MEIS (modelo de Mayer y Salovey 1997, 1995) mide el desempeño actual de la persona en una serie de competencias. Aunque su propuesta teórica es considerada importante, se le critica lo poco práctica que resulta en términos de aplicación, el sesgo subjetivo de su calificación (por ejemplo; el tiempo de administración), así como la necesidad de un mayor soporte empírico que aclare la validez de las cuatro dimensiones del instrumento.

De acuerdo con el modelo de Bar-On, existen tres principales pruebas para medir el comportamiento emocional: el inventario de cociente emocional (EQ-i), que es el primer test que mide el comportamiento emocional y social y brinda un estimado de la inteligencia emocional y social (1980). Este inventario está compuesto por 133 ítems, distribuidos en 5 escalas, y éstas a su vez compuestas por 15 sub-escalas. La segunda prueba es el inventario EQ-i:YV, que está

diseñado para medir el comportamiento social y emocional en niños; y por último, el inventario EQ-360 que es una versión multivariable del EQ-i. También existe el EQ- Interview. (10)

2.2.3 La Rinoplastia

La rinoplastia es la cirugía plástica nasal donde se modifican las estructuras externas que le dan a la nariz su forma ó aspecto. Es una de las cirugías realizadas con más frecuencia por los otorrinolaringólogos dedicados al área de Cirugía Plástica facial. Las intervenciones estéticas, como la rinoplastia, son procedimientos generalmente bien tolerados, es decir, los pacientes presentan menos ansiedad pre-quirúrgica que otros pacientes de otras intervenciones estéticas (14). Junto a la rinoplastia también se pueden considerar a los pacientes que se someten a cirugía de mamoplastia de aumento. Ambos son dos de los procedimientos más solicitados por pacientes que acuden a un cirujano plástico. La rinoplastia desde un punto de vista estético tiene sus orígenes con J.O. Roe (1887) y con J. Joseph, considerado este último como el padre de la rinoplastia estética. (15)

La rinoplastia es la cirugía más importante de la cara, ya que la nariz es el centro del rostro, y a través de ésta, se busca alcanzar dos objetivos: el primero es mejorar la apariencia nasal, y el segundo es mantener o mejorar la función respiratoria. La mejora de la apariencia nasal se consigue tratando de distintas maneras la punta, el dorso (giba) y el ancho de la nariz. La función respiratoria se mejora tratando dos estructuras internas: el tabique y los cornetes.

Los riesgos y efectos secundarios de la rinoplastia son los siguientes: a) pequeñas manchas producidas por pequeñas roturas de los vasos sanguíneos que por alguna razón se han abierto o se han roto debido a la cirugía. En todos los casos, estos puntos desaparecerán al poco tiempo; b) la nariz permanecerá inflamada por lo menos un mes, y pasado ese periodo, las partes de la nariz se irán acomodando a la nueva estructura nasal. Los cirujanos plásticos coinciden en que los resultados finales se empezarán a ver pasados los 6 meses desde la rinoplastia; c) cicatrices indeseables que pueden aparecer cuando se utiliza una técnica de rinoplastia abierta, pues con la técnica cerrada no quedan cicatrices visibles ya que se trabaja en el interior de los orificios nasales; d) solo el 1% de los pacientes desarrollan algún inconveniente respiratorio después de la rinoplastia, y quizá requiera otra intervención para resolver el problema respiratorio; e) riesgo estético, que en general se debe a un error en la técnica quirúrgica utilizada ó a reacciones propias del organismo, especialmente la piel y los cartílagos, y que pueden ser la asimetría nasal, pinzamientos de la punta de la nariz (por una inadecuada incisión de los cartílagos), irregularidades en el contorno de la piel y exposición excesiva de los orificios nasales.

2.2.4 La Septoplastia

Esta es una cirugía cuyo fin es enderezar la pared central de la nariz, dejándola recta y central, permitiendo el libre y fácil flujo del aire dentro de la nariz, mejorando así la respiración nasal. Frecuentemente se asocia a la Turbinoplastia, que es el manejo de los cornetes, que son las estructuras dentro de la nariz encargadas de calentar, filtrar y humedecer el aire inspirado. La septoplastia es un

procedimiento que se realiza enteramente en las fosas nasales, no deja cicatrices, morados o hinchazón visible. Lo normal es que no genere ningún cambio visible en la forma nasal, pero en muy pocas ocasiones se pueden notar mínimos cambios secundarios a la movilización de la pared central de la nariz o Septum.

Diferencias entre la Rinoplastia y la Septoplastia

Rinoplastia	Septoplastía
Es una operación quirúrgica para modificar las estructuras externas de la nariz, y por ende modificar el aspecto estético de ésta.	Es una operación no estética, que corrige el tabique nasal desviado, y no modifica el aspecto externo de la nariz, pues se realiza a través de las fosas nasales.
Es una operación estética	Es una operación funcional que soluciona problemas de respiración.
Se refiere a procedimientos realizados sobre la pirámide nasal, generalmente la parte visible, con fines reconstructivos o estéticos.	Es el tratamiento del septo o tabique que divide ambas fosas nasales, para mejorar la función ventilatoria nasal, de origen constitucional o traumático.
Riesgos de la anestesia y la cirugía: - Reacciones a los medicamentos, - Problemas respiratorios, - Sangrado, - Infección, - Hematomas	Riesgos de esta cirugía: - Retorno del bloqueo nasal, - Perforación en la pared del tabique, - Cambios en la sensibilidad de la piel, - Asimetría en la apariencia de la nariz, - Decoloración de la piel
Pronóstico: La recuperación completa tarda varias semanas. La cicatrización es un proceso lento y gradual.	Pronóstico: La mayoría de los procedimientos de septoplastia enderezan el tabique de manera eficaz. La recuperación es de 24 a 36 horas.

El tratamiento del tabique (septoplastia) tiene su origen con Killian (1904) y con Cottle. Este último fue uno de los primeros en combinar técnicas septoplásticas con rinoplásticas.

El procedimiento es el siguiente: en la mayoría de los casos se administra anestesia general antes de la septoplastia, lo cual hará que el paciente esté inconsciente y sin dolor. A algunas personas les hacen la cirugía con anestesia

local, que insensibiliza el área para bloquear el dolor, en este caso, el paciente permanecerá despierto. La cirugía tarda alrededor de 1 hora u hora y media, y los pacientes por lo regular se van para su casa el mismo día. Los riesgos de esta cirugía son: retorno del bloqueo nasal (lo cual requeriría otra cirugía), cicatrización, una perforación o agujero en la pared del tabique, cambios en la sensibilidad de la piel, asimetría en la apariencia de la nariz, decoloración de la piel, y acumulación de líquido en la nariz.

2.2.5 La septorinoplastia

Este tipo de cirugía puede ser tanto funcional como estética. Hay situaciones donde una Rinoplastia requiere el manejo funcional o interno de las fosas nasales ya sea para mejorar simultáneamente la respiración o porque las estructuras de soporte internas de la nariz requieren una modificación para lograr un resultado estético finalmente exitoso. El mejor ejemplo de esta cirugía es la cirugía de la nariz luego de traumas nasales. De otro lado, entre las causas que producen obstrucción nasal, la principal es la desviación del tabique nasal, pues el tabique nasal es una estructura que está dentro de la nariz, divide una fosa nasal de la otra y ayuda a regular el flujo del aire que entra por la nariz y llega hasta los pulmones; cuando este tabique está desviado es importante corregirlo para mejorar la respiración y para que el paciente sienta que está respirando mejor. Otra causa puede estar relacionada con la sinusitis y con dolores de cabeza en la frente o en la región malar, para eso es necesario hacer estudios complementarios o estudios de senos paranasales (las cavidades aéreas que se encuentran en los huesos frontales prestando la función de comunicación con las fosas nasales) para descartar

cualquier otra enfermedad que requiera de un procedimiento quirúrgico. Casi siempre se puede hacer el procedimiento cosmético al mismo tiempo con el procedimiento funcional, es decir, un paciente puede mejorar la imagen de la nariz y también puede mejorar la respiración, y a este procedimiento combinado se le llama septorinoplastia.

2.2.6 Decisión de someterse a una rinoplastia

Son diversos los factores que confluyen en que una persona decida someterse a una cirugía de índole estético. Entre ellos se cuentan los factores psicológicos, sociales, la moda, o el simple hecho de que una persona no pueda tolerar el ser señalada por un defecto estético (16,17,18,19). Incluso la participación activa del médico, que podría coaccionar al paciente para someterse al procedimiento, y podría jugar un rol importante en esta decisión (20). La autoestima baja sería un elemento importante que influya en que el paciente, inconscientemente, quiera mejorar (21). Este tipo de paciente está convencido que la cirugía es la solución perfecta para de su problema, pues su belleza se vería potenciada (22), lo cual, a su vez, le producirá una gran satisfacción personal (23).

Las motivaciones para demandar un tratamiento en cirugía estética vienen determinadas en ocasiones por la orientación actual de nuestra sociedad hacia la juventud y en la cual un aspecto físico joven y dinámico es primordial para poder competir en igualdad de condiciones. Similar importancia tiene una buena apariencia física en gran parte de las profesiones y en la comunicación con el ambiente social y afectivo. Influye también la moda, hoy orientada hacia un mejor cuidado y mayor exposición del cuerpo. Así, la tendencia del embellecimiento de

las personas, debido al poder de la belleza para modificarla percepción y la conducta, es una industria en crecimiento donde se gastan anualmente diez mil millones de euros en perfumes, cuidado del cabello o de las uñas y productos para dietas. Más aún, se realizan millones de procedimientos quirúrgicos cosméticos cada año en todo el mundo. El abanico de las diversas motivaciones que da lugar a la decisión para someterse a una intervención en cirugía estética muchas veces está entrelazado. (24)

Las motivaciones externas incluyen el evitar un prejuicio étnico, el miedo a la discriminación por la edad ó la presión que pudiera ejercer el cónyuge, los padres o el jefe del trabajo. Las motivaciones internas comprenden emociones que llevan a querer resolver un problema de ansiedad, depresión, culpa o temor. Muchos de estos pacientes quieren corregir un pequeño defecto físico que no les gusta. Las mujeres están más predispuestas a desear un aspecto joven y saludable que indique fertilidad y los hombres están más interesados en desarrollar un aspecto fuerte, que pueda facilitar el avance de su carrera. También la edad y las experiencias propias de la vida pueden determinar qué motivaciones son las más importantes en cada caso. Así, un estudio en pacientes a los que se ha llevado a cabo un lifting y una blefaroplastia y que tenían entre 29-39 años, presentaban un conflicto en la infancia y difícilmente asumían el rol de padres en su propia familia. Aquellos que tenían entre 40 y 50 años necesitaban una apariencia física bella para su trabajo profesional y los que sobrepasaban los 50 querían eliminar los estigmas seniles en su cuerpo.

Por último es importante mencionar que luego de saber los múltiples factores que intervienen en la decisión de someterse a un procedimiento estético, el médico debe aprender a elegir al paciente indicado. (25,26,27,28,29)

El presente estudio va a dar un elemento adicional para saber con qué tipo de paciente trata el médico a fin de conocer las formas de manejo del mismo. Este aprendizaje se va a traducir en menos probabilidades de tener algún problema luego de la intervención quirúrgica.

2.2.7 Antecedentes de Investigación:

Existen diversos estudios en los que se relaciona la cirugía estética con la psicología; sin embargo, ninguno de ellos lo hace directamente con la inteligencia emocional. La variable psicológica es evaluada tanto antes como después del procedimiento estético, con lo que se obtienen los más diversos resultados. Por ejemplo, mientras que para Shipley (1977) los pacientes que se someten a un procedimiento estético no son psicológicamente diferentes a los que no lo hacen (30), para Hasan (2000) los pacientes que se someten a este tipo de intervenciones quirúrgicas sí tienen algún tipo de patología psicológica (31). Shipley comparó a 28 mujeres que desean un aumento del busto frente 28 mujeres que tenían un busto pequeño y otras 28 con un busto promedio, y encontró que los 3 grupos fueron psicológicamente estables, y que hubo diferencias sólo en áreas limitadas como, por ejemplo, en un mayor énfasis en la vestimenta y el atractivo físico. En cambio el trabajo de Hasan considera que el candidato típico para una cirugía

estética debe ser psicológicamente más estable, y que la detección de psicopatologías durante la entrevista preoperatoria debería ser esencial.

Según el trabajo de Goin (32) en relación a los cambios psicológicos postoperatorios advertidos en los pacientes, usualmente estos son positivos; en su muestra la mayoría de los 50 pacientes quedaron bastante satisfechos por el resultado físico y su funcionamiento luego de la cirugía. Treinta (60%) indicaron en el cuestionario que sus resultados fueron "excelentes", 19 (38%) marcaron "bueno" y 1 (2%) presentó un signo menos después de "bueno". Las reacciones de los pacientes fueron generalmente consistentes con lo que reveló al psiquiatra.

Se ha observado que las pacientes mujeres son más proclives a estos cambios positivos postoperatorios, tal como lo describe Goin en otra investigación (33), con una muestra de 200 pacientes que solicitaron una rinoplastia. Allí se evaluaron las reacciones psicológicas a la operación. Antes de la operación, todos los pacientes completaron un cuestionario acerca de sus expectativas (tanto estética como psicológica), las relaciones, confianza en sí mismo, la autoestima, lo que les disgustaba de sus narices, y otras cuestiones pertinentes a la evaluación de los efectos psicológicos de la rinoplastia. También completaron el Inventario Breve de Síntomas (BSI) que es una prueba psicológica estandarizada. Se les hizo seguimiento al mes y a los 6 meses después de la operación, completando cuestionarios similares. El análisis estadístico reveló varios hallazgos interesantes: un número significativo de pacientes aumentaron su autoconfianza y autoestima. Los pacientes varones no mostraron cambios sostenidos con el BSI, pero los pacientes femeninos mostraron mejoras en relación a la sensibilidad obsesivo-compulsivo, interpersonal, depresión, ansiedad, fobias, según la escala de

ansiedad. Estos resultados son notables porque mejoran la comprensión de de las reacciones psicológicas post operatorias, y proporcionan información sobre el tratamiento psicológico de los pacientes candidatos a la rinoplastia.

En relación a la frecuencia de rinoplastias por género según un estudio realizado el 2011 por la *International Society of Aesthetic Plastic Surgeons* (34) se menciona que en mujeres menores de 35 años, la mayoría de procedimientos quirúrgicos realizados fueron la rinoplastia (79%) frente a un 23% o menos para cualquier otro tipo de procedimiento, y la mayoría de procedimientos no quirúrgicos realizados fueron: Botox (64%), y ácido hialurónico (55%). Entre los hombres menores de 35 años, la rinoplastia es el procedimiento quirúrgico más realizado (82%) frente a 20% o menos para todos los demás procedimientos, y el Botox (22%) fue el más frecuentemente realizado entre los procedimiento no quirúrgicos.

Lina Moreno (37) al hacer un análisis del modelo de analítico de Scheper-Hughes y Lock, desarrollado en 1987, hace un llamado a los antropólogos para superar el dualismo occidental de mente-cuerpo e incursionar en formas alternativas en el abordaje del cuerpo como herramienta de análisis social. El modelo plantea que el cuerpo funciona como un aparato físico y simbólico, tanto natural como culturalmente producido en momentos históricos determinados, y es abordado, principalmente, desde tres perspectivas: el Cuerpo Individual, el Cuerpo Social, y el Cuerpo Político. Dentro de este modelo, las emociones son el catalizador que permiten experimentar en el cuerpo el dolor, la enfermedad, la salud, y el sentirse bello o feo, y en todo caso experimentar que no hay una correlación entre la imagen corporal y el cuerpo vivido.

Para una antropología del cuerpo, Scheper-Hughes y Lock plantean que es necesaria una teoría de las emociones que permita comprender cómo la enfermedad y el dolor, son experimentados y proyectados en imágenes del bienestar y la salud. Son estas mismas (las emociones) las que dan cuenta de los tres niveles de análisis anteriormente señalados, sin embargo, las emociones como la experiencia misma, no han sido muy trabajadas dentro de la disciplina antropológica y el acercamiento que han tenido los antropólogos a este campo, se ha presentado en casos restringidos donde estas (las emociones) son formales, rituales y distantes. Esto se debe principalmente a que las emociones corresponden al mundo de los impulsos y los instintos, generalmente atribuidos a la naturaleza biológica del cuerpo, lo que supone la reproducción de las viejas dicotomías mente-cuerpo, naturaleza-cultura, individuo-sociedad, conocidas muy bien dentro de los clásicos de la antropología.

El modelo de Scheper-Hughes y Lock está diseñado para abordar las significaciones de la salud y de la enfermedad desde la experiencia misma de aquellos que la tienen o la padecen, es posible utilizarlo para entender, ya no solamente como lo sano y lo enfermo son significados, sino también como lo bello y lo feo lo son, ya que si pensamos en una posible correspondencia entre lo que es considerado sano con lo bello y lo normal, y lo que es considerado enfermo con lo feo y lo patológico, podremos entender que la modificación corporal representada en la cirugía plástica se muestra como un método de tratamiento que combate los efectos del rechazo y la discriminación que generan, por ejemplo, cuerpos gordos, viejos o deformes, y en todo caso moldeables (37).

2.3 Justificación del estudio

Las inteligencias que pueden desarrollar los individuos son múltiples, y dentro de éstas hay que destacar la inteligencia interpersonal e intrapersonal, bases de la inteligencia emocional, ya que a través de ellas las personas logran una mejor relación consigo mismo, con los otros, con el entorno, y en particular con el médico, quien lo intervendrá en una cirugía facial. Este tipo de inteligencia tiene una importancia relevante para el logro de todas y cada una de nuestras metas, como la decisión de someterse a una rinoplastia ó a una septoplastia, pues el significado de nuestro ser, de nuestros pensamientos y de nuestros valores éticos y morales se manifiestan a través de la inteligencia emocional; los pacientes buscan desarrollar sus habilidades y capacidades de una manera más productiva para la sociedad, y por ello es evidente las desventajas que le pueden acarrear una nariz no estética.

En el Siglo XVI, Erasmo de Rotterdam afirmó que “el pensamiento emocional puede ser 24 veces más poderoso que el pensamiento racional.” Si resulta válida esta tesis, entonces, nos preguntamos: ¿por qué no considerar la inteligencia emocional en la historia del paciente que se someterá a una septoplastia ó a una rinoplastia?.

La cirugía estética en el momento actual es una rama de la medicina encargada de la corrección de defectos físicos, pero si logramos demostrar que la decisión de someterse a uno de éstos procedimientos es producto de un análisis consciente que hace la persona, entonces el paciente que acude al médico no sólo lo hace para mejorar su aspecto físico, sino también para mejorar un aspecto emocional, de esta forma logra mejorar sus metas en la sociedad. Esto hace que la cirugía

estética sea más importante de lo que uno piensa, ya que el médico sería corresponsable del futuro desenvolvimiento del paciente; lo cual lo obliga a obtener siempre los mejores resultados. Lo anterior justificaría la realización del presente estudio.

2.4 Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación entre cociente de inteligencia emocional y la decisión de someterse o no a una rinoplastia en pacientes que acuden al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2012.

Objetivos Específicos:

- i. Determinar el cociente de inteligencia emocional de los pacientes que deciden someterse a una rinoplastia en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza -Lima 2012.
- ii. Determinar el cociente de inteligencia emocional de los pacientes que deciden someterse a una septoplastia pero no a una rinoplastia en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2012.
- iii. Comparar el cociente de inteligencia emocional de los pacientes que deciden someterse a una rinoplastia con el de los pacientes que deciden no hacerlo en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2012.

- iv. Determinar el efecto de la edad y del género sobre el cociente de inteligencia emocional en ambos grupos de pacientes, que decidieron por una septoplastia ó una rinoplastia en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2012.

2.5 Hipótesis

Ho: El cociente de inteligencia emocional no está relacionado con la decisión de someterse a una rinoplastia entre los pacientes que acuden al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima 2012.

H1: El cociente de inteligencia emocional sí está relacionado con la decisión de someterse a una rinoplastia entre los pacientes que acuden al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima 2012.

Ho: El cociente de inteligencia emocional de los pacientes que deciden someterse a una rinoplastia es igual al cociente de los pacientes que deciden no hacerlo, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima 2012.

H1: El cociente de inteligencia emocional en los pacientes que deciden someterse a una rinoplastia es diferente de los que deciden no hacerlo, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima 2012.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del Estudio

El presente trabajo es descriptivo, transversal, de Casos y controles. Se describe tanto en el grupo de casos como en los controles el cociente de inteligencia emocional, luego se comparan estos resultados en una sola oportunidad en el tiempo.

3.2 Población y Muestra

La población de referencia fue aproximadamente 175 pacientes atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Loayza en el periodo comprendido de Mayo a Noviembre del 2012.

La muestra de estudio estuvo conformada por 38 casos (grupo A) y 38 controles (grupo B). El grupo A incluyó a pacientes entre 20 a 54 años de edad inclusive, que decidieron someterse a una rinoplastia incluyendo una septoplastia; y el grupo B incluyó a pacientes de la misma edad y grado de instrucción que el grupo A pero que después de explicarles en qué consistía la rinoplastia respondieron que no se harían intervenir quirúrgicamente la nariz, pero sí de tabique, es decir optaron sólo por la septoplastia. En el Anexo 1 se detalla el cálculo.

A diferencia de la cirugía reconstructiva, la rinoplastia es un procedimiento que no se realiza generalmente en adolescentes, debido a que el tabique cartilaginoso aun crece hasta alrededor de los 18 años de edad, y como 18 es un límite sólo legal de mayoría de edad, no lo es para el desarrollo emocional la cual es una de nuestras

variables de estudio, por lo tanto se consideró a pacientes de 20 años como edad mínima para ingresar a este estudio. También excluimos a los mayores de 54 por ser apenas el 6% de las rinoplastias según la AAFPRS y la ASPS (34)(35).

3.3 Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Medida	Tipo	Escala
Var. Dependiente: Niveles de cociente de inteligencia emocional	Test para la medida de la inteligencia emocional Reuven Bar-On	130 =>, Muy alta 115 a 129, Alta 86 a 114, Adecuada 70 a 85, Baja 69 =<, Muy Baja	Numérica	Intervalo
Dimensiones (escalas)				
Intrapersonal interpersonal Adaptabilidad Manejo de Tensión Estado de ánimo	Test de Bar-On	130 =>, Muy alta 115 a 129, Alta 86 a 114, Adecuada 70 a 85, Baja 69 =<, Muy Baja	Categórica Politómica	Ordinal
Var. Indepen.: Aceptación de rinoplastia	Respuesta	Si / No	Categórica dicotómica	Nominal
Var. Intervinientes:				
Edad	Años	20 a 54	Numérica	Razón
Sexo	Género	Femenino, Masculino	Categórica dicotómica	Nominal
Instrucción	Nivel	Primaria, Secundaria, Superior	Categórica Politómica	Ordinal

3.4 Procedimientos y Técnicas

3.4.1 Instrumento

Se utilizó el inventario de Cociente Emocional de Bar-On (Test para la medida de la inteligencia emocional de Reuven Bar-On), y se complementó con una Ficha

para anotar las características personales de ambos grupos y sus indicadores de tales variables. La evaluación generó resultados para 3 indicadores de validez; un resultado del cociente emocional total, resultados de 5 escalas compuestas, y resultados de 15 sub escalas del cociente emocional. (Anexo 2)

Índice de Inconsistencia.-

Este indicador de validez mide las posibles contradicciones en las respuestas, es decir señala aquellos individuos que se contradicen o responden al azar. Para obtener el índice de inconsistencia, en un paciente de la muestra, se compararon (restaron) las respuestas de diez pares de frases similares, ítems: 23-52, 32-48, 100-114, 60-89, 56-70, 87-103, 85-129, 17-130, 47-91, y 41-101. Luego se sumaron las diez diferencias en valor absoluto. Si el índice de inconsistencia fue mayor de 12 entonces las respuestas para ese paciente probablemente no son válidas.

Escalas de Impresión Positiva (IMP) y Negativa (IMN).-

Estos dos indicadores detectan aquellos pacientes que podrían estar dando una impresión excesivamente positiva o negativa de sí mismos. Para obtener los puntajes iniciales de la escala IMP se deben de sumar todos los ítems positivos, y para la IMN se suman los ítems negativos. En los siguientes cuadros, se muestran las 5 escalas con sus respectivas sub escalas. Los ítems negativos aparecen con el signo de menos:

1. Escala Intra-personal										
Conoc. emocional de sí	7	9	-23	-35	-52	63	88	-116		
Asertividad	-22	37	67	-82	96	-111	-126			
Autoconcepto	11	-24	40	-56	-70	85	100	114	129	
Autorealización	6	-21	-36	-51	-66	81	95	110	-125	
Independencia	3	-19	-32	-48	-92	-107	-121			
2. Escala Inter-personal										
Empatía	-18	44	55	61	72	98	119	124		
Relaciones interpersonales	-10	-23	31	39	55	62	-69	84	99	
		113	-128							
Responsabilidad social	16	-30	-46	61	72	-76	90	98	104	
		119								
3. Escala de Adaptabilidad										
Solución de problemas	1	15	29	45	60	-75	89	-118		
Prueba de realidad	8	-35	-38	-53	-68	-83	88	-97	112	
		-127								
Flexibilidad	-14	-28	-43	59	74	-87	-103	-131		
4. Escala Manejo de Tensión										
Tolerancia a la tensión	4	20	33	-49	-64	78	-93	108	-122	
Control de impulsos	-13	-27	-42	-48	-73	-86	-102	110	-117	
		-130								
5. Escala Estado de Ánimo										
Felicidad	-2	-17	31	47	62	-77	-91	105	120	
Optimismo	11	20	26	54	80	106	108	-132		

Luego de sumar todos los ítems positivos por un lado y todos los ítems negativos por otro, éstos puntajes se estandarizaron a la T-score, con la siguiente fórmula, donde μ es el promedio y σ la desviación estándar de los puntajes originales de las escalas IMP e IMN para la muestra:

$$T = 15 \left(\frac{X - \mu}{\sigma} \right) + 100 \quad (1)$$

siendo X el resultado total de la escala para un determinado paciente, y T su puntaje estandarizado. Cuando los resultados estandarizados (T-score) de las escalas IMP y IMN exceden en ± 2 desviaciones entonces los resultados deben ser considerados no válidos. Al estandarizar estas escalas se obtiene una media de 100 y una desviación estándar de 15, por lo que los rangos para estas dos escalas son:

Menos de 70	No válido
70 a 130	Válido
Más de 130	No válido

Inventario Cociente Emocional (ICE).-

Los resultados iniciales del ICE fueron convertidos en resultados estándar basados en la escala T, con promedio 100 y con una desviación estándar de 15. Los resultados iniciales del ICE tienen un valor limitado por sí mismo. El convertir dichos resultados en resultados estándares facilita la comparación de los resultados del grupo de casos frente al grupo control, y por estratos según género y edad. Los resultados altos del ICE (por encima de 100) señalan a personas “emocionalmente inteligentes”, mientras que los bajos indican una necesidad de mejorar las “habilidades emocionales” en áreas específicas. Los niveles de inteligencia emocional con sus rangos son:

69 ó menos	Muy baja
70 a 85	Baja
86 a 114	Adecuada
115 a 129	Alta
130 a más	Muy alta

Para obtener las puntuaciones iniciales debemos sumar las puntuaciones de las 5 escalas que la componen. Las puntuaciones de las escalas 1, 3, 4 y 5 se obtienen

sumando directamente los ítems de sus sub escalas, pero para calcular el puntaje de la segunda escala, a la suma se le debe restar los ítems 55, 61, 72, 98 y 119 ya que se repiten en las sub escalas que la conforman. Finalmente al puntaje total, luego de sumar las puntuaciones de las 5 escalas se le debe de restar los siguientes ítems que se repiten: 11, 20, 23, 31, 35, 62, 88, y 108. Este proceso se realiza a cada uno de los pacientes., para así obtener con la fórmula 1 los puntajes estandarizados T.

El Test fue aplicado a los pacientes que teniendo una nariz no estética, se sometieron a una rinoplastia y decidieron operarse (casos). Es importante mencionar que para que un paciente se someta a una intervención quirúrgica nasal, en el Servicio de Otorrinolaringología es requisito que tenga desviación septal y que se opere de esto también (septorinoplastia). El Test también se aplicó a pacientes por problemas de tabique y que adicionalmente tenían una nariz no estética y que sólo optaron por la septoplastia pero no por la rinoplastia. Este último grupo conformará el grupo de control.

Porcentaje de Omisión.-

En el presente estudio, todos los participantes respondieron íntegramente las preguntas del inventario por lo que se omitió calcular los indicadores del porcentaje de omisión.

3.4.2 Criterios de Inclusión:

- Personas entre 20 a 54 años.

- Pacientes de sexo masculino o femenino.
- Pacientes con desviación septal.
- Pacientes con nariz no estética.
- Pacientes que no estén a gusto con su nariz.
- Pacientes atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima entre julio a diciembre del 2012.
- Pacientes que efectivamente se sometían a la intervención quirúrgica: septoplastia o rinoplastia, luego de la charla informativa.

3.4.3 Criterios de Exclusión:

- Pacientes con algún problema de alteración mental.
- Paciente con antecedentes de haber sido intervenido anteriormente de rinoplastia o septoplastia.
- Pacientes con antecedente de otra intervención quirúrgica estética previa.

Estos criterios fueron verificados según el procedimiento, al revisar sus historias clínicas en la entrevista personal pre-operatoria.

3.4.4 Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue aplicar un test especializado cuyo instrumento de verificación fue el inventario de cociente emocional de Bar-On (ICE:1997) el cual incluye 133 ítems cortos y emplea un grupo de respuestas de cinco alternativas para cada ítem. Se requirió aproximadamente un tiempo de 30 a 40 minutos para completarlo; sin embargo, no se planteó límites de tiempo. El ICE de Bar-On es

adecuado para personas de 16 años o más. La evaluación generó resultados de tres escalas de validez; un resultado de cociente emocional total, resultados de 5 escalas compuestas, y resultados de 15 sub escalas del cociente emocional.

Los resultados iniciales del ICE fueron convertidos en resultados estándar, con la escala T, lo cual facilitó la comparación entre el grupo de casos frente al grupo de controles y, teóricamente, con el resto de la población.

En resumen el estudio consistió básicamente en las siguientes etapas:

- La aplicación del test de inteligencia emocional al grupo A.
- La aplicación del test de inteligencia emocional al grupo B, que después de la charla de información decidieron no someterse a una rinoplastia, y que optaron por la septoplastia únicamente.
- La confirmación de que los pacientes conformantes del grupo A y B, efectivamente se operen de lo indicado.
- La obtención de los resultados, y el tratamiento estadístico de los mismos.

3.5 Consideraciones Éticas

A cada participante se le explicó el procedimiento, y se le entregó una copia del Consentimiento Informado, el cual es un documento que se basa en las disposiciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia-CIYAI-UPCH (referencia 35). Este documento asiste al Investigador Principal en el diseño del Consentimiento Informado y de las hojas informativas para este tipo de estudios. (Anexo 3)

3.6 Plan de Análisis

Se obtuvieron tablas de una y de dos entradas con frecuencias absolutas y porcentajes. Para el objetivo general, se categorizaron los puntajes ICE en niveles, y se compararon las proporciones de cada nivel según grupo (prueba de Fisher). Para comparar los dos grupos, los que aceptaron y los que no aceptaron la rinoplastia, con respecto a la inteligencia emocional, se utilizó la prueba estadística “t-student”, ya que en cada uno de los grupos se cumplió el supuesto de normalidad (prueba de Kolmogorov). Para medir el efecto de la edad y el género sobre el ICE, se aplicó el Análisis de la varianza con 2 factores independientes: el grupo (A y B) y el sexo (Masculino y Femenino), o el grupo y la edad categorizada, de ésta forma se determinó si hay diferencias entre los ICE según grupos, edad y sexo. El nivel de significancia utilizado en todas las pruebas de inferencia fue $\alpha=0,05$, es decir, toda vez que $p<0,05$ se consideró como resultado significativo.

IV. RESULTADOS

La muestra fueron 38 pacientes que se sometieron a una rinoplastia (casos), y 38 pacientes que sólo se sometieron a una septoplastia (controles), atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Loayza. La edad promedio para cada grupo fue de 26 ± 7 y de 34 ± 10 años respectivamente (media \pm desviación estándar). En los controles predominaron el género masculino mientras que en los casos predominó el género femenino. Este resultado nos indica que las mujeres más jóvenes son las que optan con mayor frecuencia por una rinoplastia que por una septoplastia. En ambos grupos más del 50% tenía grado de instrucción superior (Tabla 1).

Las escalas de impresión positiva e impresión negativa mostraron que apenas 2 pacientes (controles) dieron una impresión excesivamente positiva de sí mismos, pero al comparar sus índices de inconsistencia encontramos que éstos fueron de 0 puntos, lo cual indica que sus respuestas fueron plenamente válidas, por lo que no fueron excluidos del análisis.

En general no se encontró diferencias entre ambos grupos respecto a la inteligencia emocional, siendo el promedio para el grupo control de 101,3 (IC95% 96,6-106,0) y de 98,6 (IC95% 93,4-103,8) para los casos ($p=0,636>0,05$, t-student). En el grupo control el 10,5% tuvo una ICE entre baja y muy baja frente a un 15,8% en el grupo de casos (Tabla 2). La mayoría de pacientes presentaron una inteligencia emocional adecuada tanto en los controles (73,7%) como en los casos (73,7%).

El resultado del párrafo anterior indica que someterse a una rinoplastia o a una septoplastia no se hace de manera arbitraria, por los niveles de inteligencia emocional adecuados y altos, sino que es producto de una decisión concienzuda del paciente en mejorar no sólo su apariencia física sino también en mejorar su autoestima, y que en forma general los pacientes que se sometieron a la rinoplastia presentaron la misma inteligencia emocional que los pacientes que se sometieron a la septoplastia (prueba de Fisher, $p=0.703$),

Al analizar la relación entre la decisión de someterse a una rinoplastia o a una septoplastia, en cada una de las escalas del inventario ICE Bar-On, se encontró que no hubo diferencias entre ambos grupos de pacientes en forma global, sin embargo podemos apreciar en la Tabla 3, que en la escala de Adaptabilidad la diferencia fue significativa al nivel 0,10 ($p=0,097$, t-student), esto indica que a ese nivel los controles presentaron mayor inteligencia emocional que los pacientes que decidieron por la rinoplastia.

En el Gráfico 1 se aprecian las diferencias en las escalas Intrapersonal, Interpersonal y de Adaptación, donde el grupo de controles presentó mayores niveles que los casos, mientras que en las escalas Manejo de la Tensión y Estado de Ánimo ambos tienen prácticamente los mismos niveles. En la escala de Adaptación se nota la mayor diferencia. En cada una de estas 5 escalas del inventario ICE Bar-On, ambos grupos presentaron en promedio una inteligencia emocional adecuada, de 86 a 114 puntos (según el eje vertical del Gráfico 1).

En las sub escalas los resultados mostraron que en Solución de Problemas (SP) y Prueba de realidad (PR) hubo diferencias significativas ($p=0,036$ y $p=0,066$ respectivamente, t-student): los controles tuvieron mayores puntajes, es decir mayor inteligencia emocional que los casos (Tabla 4 y Gráfico 2). Ambas sub escalas pertenecen a la escala de Adaptabilidad, lo cual se traduce en que los controles son más cautelosos en la solución de problemas y más realistas de las circunstancias, superan las dificultades paso a paso, y analizan los problemas que se les presentan antes de solucionarlos para optar por la solución que consideran será la más exitosa.

Al considerar la edad, sólo hubo diferencias en la escala interpersonal ($p=0,032$, ANOVA), y la diferencia fue entre los grupos etarios “20-28” versus “36-54”, es decir entre los más jóvenes y los de mayor edad, cuyos promedios de ICE en la escala Interpersonal estandarizada fueron de 98 y 108 puntos respectivamente. En el Gráfico 3 se observa que el grupo de casos (en rojo) son los que menos edad tienen y también menores niveles de inteligencia emocional en comparación con los controles (en azul), esto corrobora de que los pacientes jóvenes tienen menor inteligencia emocional que los de mayor edad, en particular entre los casos, y que los mayores de 36 años, respecto a los menores de 28 años, tienen mayor capacidad de comprender cómo se sienten los demás, demuestran afecto y les gusta colaborar.

Según género, se halló diferencias ($p=0,004$, ANOVA) en la sub escala Conocimiento Emocional de Sí Mismo: los pacientes hombres presentaron mayor inteligencia emocional, 105 puntos, que las mujeres con 95 puntos en promedio,

es decir a los varones les resulta más fácil expresar sus sentimientos, entran fácilmente en contacto con sus emociones, y son conscientes de cómo se sienten aun cuando están alterados. Y respecto al grado de instrucción, hubo diferencias en la sub escala Flexibilidad, donde los pacientes con educación superior tuvieron un nivel promedio de 104 versus 96 en los pacientes con educación secundaria, siendo la diferencia significativa ($p=0,023$, ANOVA), esto nos indica que los pacientes con instrucción superior tienen mayor facilidad para comenzar nuevas cosas, y de adaptarse fácilmente con los demás.

En la Tabla 5 y el Grafico 4 se observa que en el aspecto interpersonal la interacción de la edad y el género tuvo un efecto significativo ($p=0,040$, ANOVA) sobre la inteligencia emocional, pues en el grupo etario de 20 a 28 años, las mujeres presentan mayor nivel de inteligencia emocional en el componente interpersonal que los hombres, pero a medida que avanza la edad los niveles se invierten y en el grupo etario de 36 a 54 son los pacientes hombres los que presentan mayor inteligencia emocional, es decir, en pacientes jóvenes, menores de 28 años, las mujeres tendrán mayor capacidad de comprender los sentimientos ajenos, pero cuando las edades son mayores de 35 años serán los varones los que presenten mayor capacidad.

En Adaptabilidad (Tabla 5 y Gráfico 5) también hubo una interacción significativa entre la edad y el género ($p=0,013$, ANOVA). Las mujeres, considerando la edad, presentan mayores niveles de inteligencia emocional, pero esta situación se invierte a partir de los 36 años de edad. Esto quiere decir que las mujeres menores de 35, presentaron mayor capacidad de adaptación (101,1 puntos) en la solución de sus problemas que los hombres (97,7 puntos), pero cuando las edades son

mayores de 35 entonces son los hombres los que tienen mayor capacidad de adaptación (113 puntos) que las mujeres (95 puntos).

Estos resultados muestran que la decisión de someterse a una rinoplastia fue consecuencia de un análisis emocional por parte del paciente, que consideró los beneficios en cuanto a las relaciones inter e intra-personales y de adaptabilidad del mismo con su medio ambiente y laboral, de allí que el 74% de los casos tuvieron niveles adecuados de inteligencia emocional. Lo mismo ocurrió con aquellos pacientes que sólo decidieron por la septoplastia (los controles), pues por lo mismo de tener niveles adecuados de inteligencia emocional, su decisión por optar sólo de una operación de tabique y no de rinoplastia fue producto de la reflexión y no de una decisión arbitraria o que haya influido el temor a una cirugía u otras causas, teniendo este grupo mayor inteligencia emocional, en cuanto a adaptabilidad, que los primeros.

Tablas y Gráficos

Tabla 1. Características demográficas

	Controles		Casos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
20 a 28	11	28,9	28	73,7	39	51,3
29 a 35	10	26,3	6	15,8	16	21,1
36 a 54	17	44,7	4	10,5	21	27,6
Género						
Femenino	10	26,3	21	55,3	31	40,8
Masculino	28	73,7	17	44,7	45	59,2
Grado de Instrucción						
Secundaria	16	42,1	14	36,8	30	39,5
Superior	22	57,9	24	63,2	46	60,5

Tabla 2. Cociente de Inteligencia Emocional

	Controles		Casos		Total	
	n	%	n	%	n	%
ICE Bar-On						
Muy baja	1	2.6	3	7.9	4	5.3
Baja	3	7.9	3	7.9	6	7.9
Adecuada	28	73.7	28	73.7	56	73.7
Alta	4	10.5	4	10.5	8	10.5
Muy alta	2	5.3	0	0.0	2	2.6
Total	38	100.0	38	100.0	76	100.0

Tabla 3. Cociente de Inteligencia Emocional según Escalas

Escalas	Grupos	Promedio	DE*	P**
Intrapersonal	Control	102,3	14,3	0,360
	Caso	99,1	15,3	
Interpersonal	Control	103,0	15,3	0,231
	Caso	98,9	13,5	
Adaptabilidad	Control	103,7	12,7	0,097
	Caso	98,1	15,9	
Manejo de Tensión	Control	99,9	13,8	0,737
	Caso	101,1	15,7	
Estado de Ánimo	Control	101,4	13,9	0,667
	Caso	99,8	16,1	

*Desviación estándar, **t-student

Gráfico 1. Cocientes de inteligencia emocional según escalas

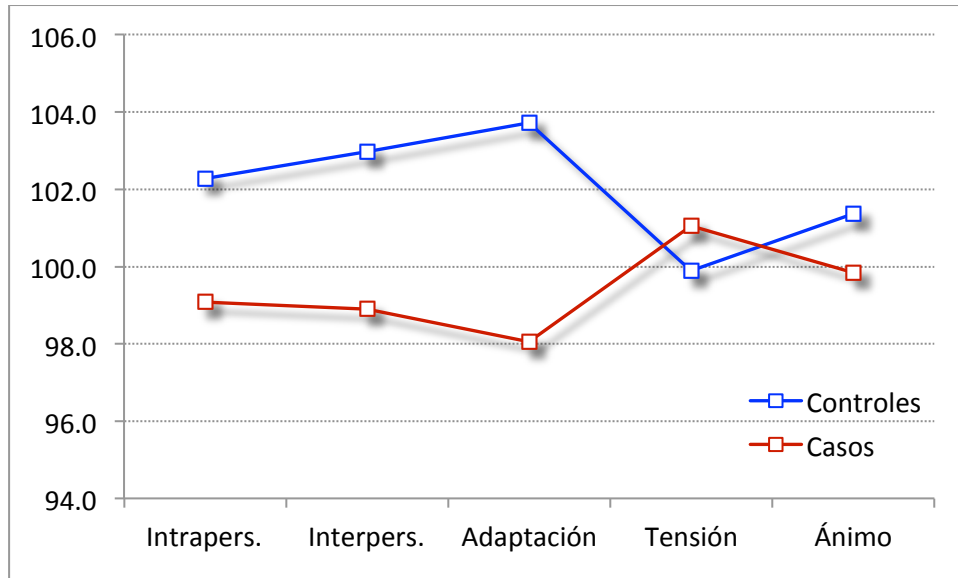


Tabla 4. Puntajes T-score del ICE según grupos y sub-escalas

		Controles	Casos	P*
Conoc. emoc. de sí mismo	CM	102.8	98.8	0.269
Asertividad	AS	102.6	101.1	0.675
Auto-concepto	AC	100.7	100.3	0.920
Auto-realización	AR	103.5	100.2	0.311
Independencia	IN	104.2	100.1	0.210
Empatía	EM	104.0	100.3	0.271
Relaciones Interpersonales	RI	104.0	98.4	0.112
Responsabilidad Social	RS	101.7	101.3	0.893
Solución de Problemas	SP	106.3	99.7	0.036
Prueba de realidad	PR	105.3	98.7	0.066
Flexibilidad	FL	99.9	100.6	0.836
Tolerancia a la Tensión	TE	99.8	101.0	0.746
Control de impulsos	CI	100.1	101.1	0.779
Felicidad	FE	100.1	101.0	0.783
Optimismo	OP	103.7	99.6	0.245

*t-student

Gráfico 2. Cocientes de inteligencia emocional según sub escalas

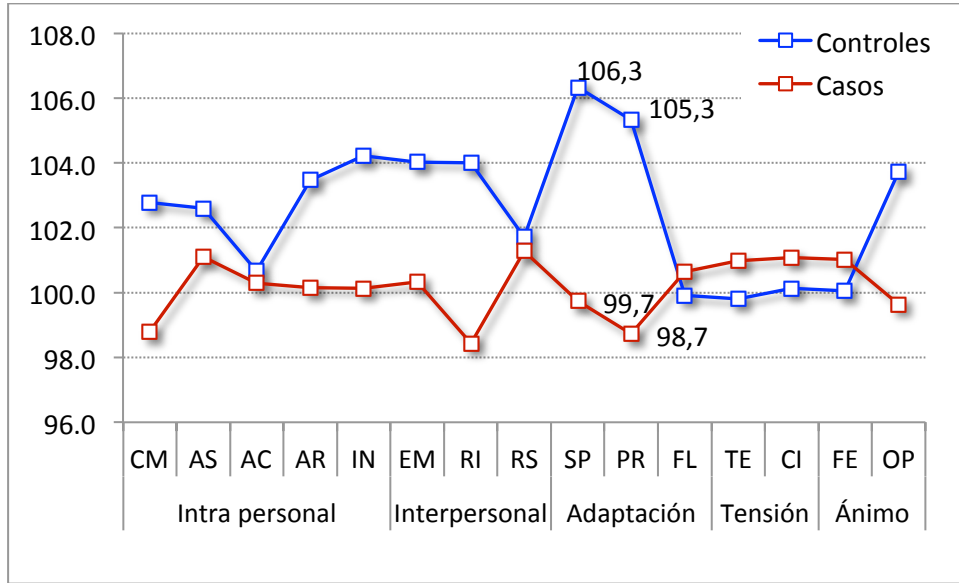


Gráfico 3. Cocientes de inteligencia emocional según edad y grupo

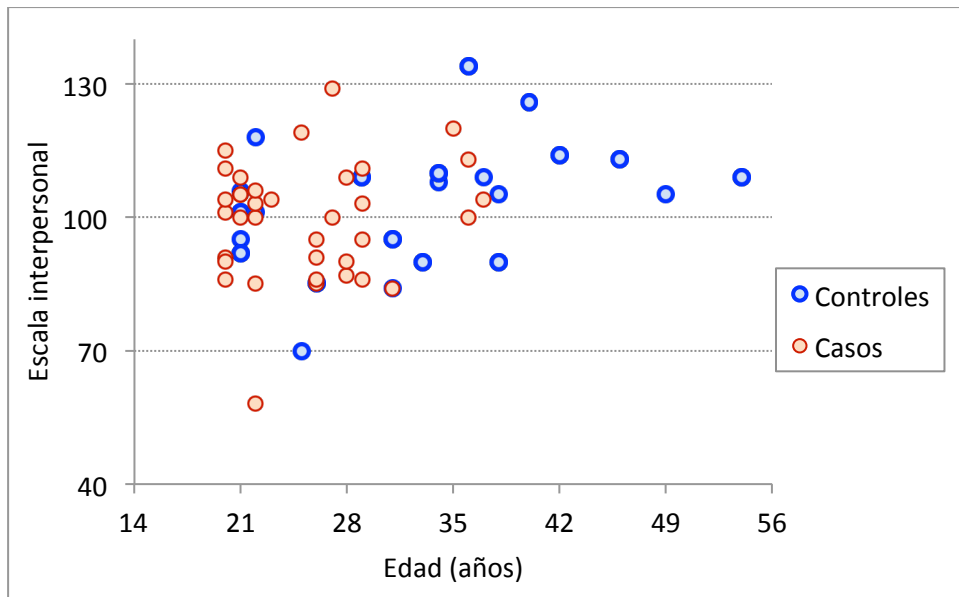


Tabla 5. ICE Bar-On según grupos etarios y género - ANOVA

	Intrapersonal		Interpersonal		Adaptabilidad	
	F	p	F	p	F	p
Género	4,397	0,040	0,483	0,489	0,635	0,428
Edad	0,412	0,664	3,065	0,053	0,711	0,495
Interacción	2,716	0,073	6,144	0,004	4,602	0,013

Gráfico 4. Escala inter-personal según edad y género

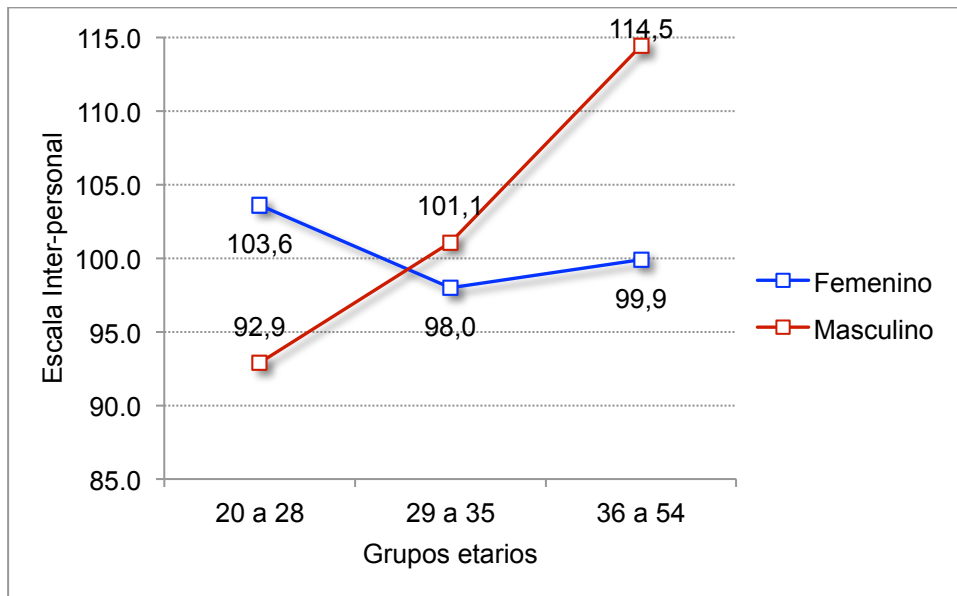
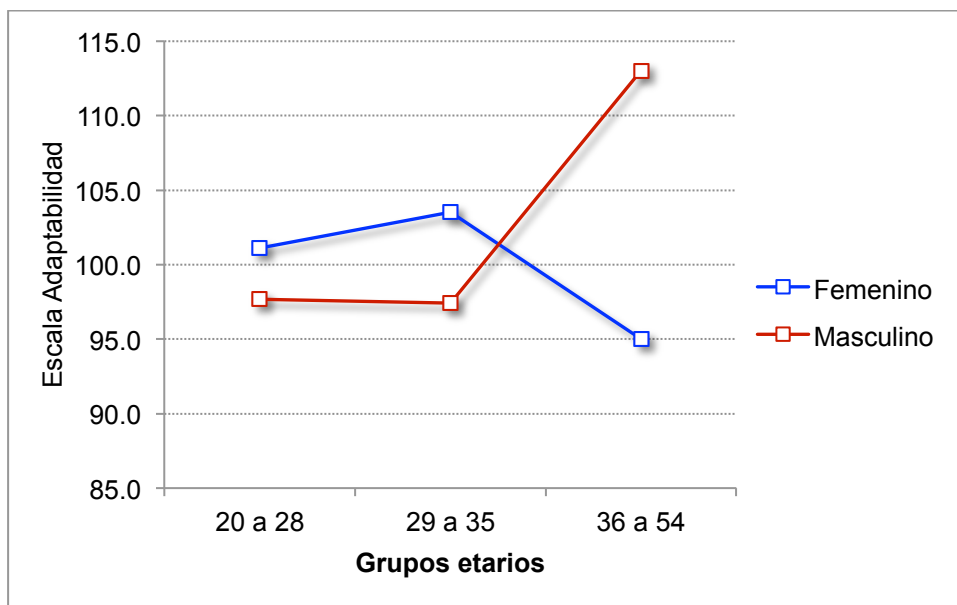


Gráfico 5. Escala Adaptabilidad según edad y género



La Tabla 1 describe el perfil demográfico de la muestra de estudio.

La Tabla 2 y Gráfico 1 corresponden a los objetivos específicos i e ii.

La Tabla 3 y 4 y Gráfico 2 corresponden al objetivo específico iii.

La Tabla 5 y los Gráficos 3, 4 y 5 corresponden al objetivo específico iv.

V. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue comparar los niveles de inteligencia emocional entre dos grupos de pacientes: aquellos que se realizaron una rinoplastia y aquellos que sólo optaron por la septoplastia. Se analizó las diferencias de Inteligencia emocional entre ambos grupos de pacientes en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima 2012, y no hemos analizado la estructura factorial del inventario de inteligencia emocional Bar-On ni tampoco su validez, ya que este instrumento fue validado en nuestra población (11) (12), sin embargo los indicadores que analizan el sesgo o respuestas al azar salieron muy favorables dando confianza y validez a las respuestas en ambos grupos.

Los resultados que hemos obtenido son similares a los resultados obtenidos por Ugarriza en la población de Lima (11), donde midieron los niveles de inteligencia emocional de Bar-On (ICE) a una muestra representativa de 1.996 sujetos de distinto sexos y mayores de 15 años, demostrándose en ese estudio que el cociente de inteligencia emocional aumenta con la edad, y que el sexo tiene efectos diferenciales para algunas escalas del inventario Bar-On, en particular en el componente inter-personal donde las mujeres tuvieron mayores niveles de inteligencia emocional. Nosotros encontramos que hay una correlación alta y significativa entre edad e inteligencia emocional ($p < 0,001$, Pearson), y que los pacientes más jóvenes, tanto en casos como en controles, menores de 28 años, tienen menores niveles de inteligencia emocional que los mayores de 36 años, es

decir, hay una relación directamente proporcional entre edad e inteligencia emocional.

Tanto en el trabajo de Ugarriza como en el nuestro, no encontramos diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta al cociente emocional, en forma global, pero ambos coincidimos en que el género de los pacientes, ya sean casos o controles, tuvo un efecto significativo en la sub escala Conocimiento Emocional de Sí Mismo (componente de la escala Intra-personal), es decir, los pacientes varones en promedio tuvieron mayores niveles de inteligencia emocional que las pacientes mujeres en la escala Intra-personal.. En otras palabras, ambos estudios muestran que los varones tuvieron mayor conocimiento de sí mismo, seguridad y autoestima, mientras que las mujeres tuvieron mayor empatía, mejores relaciones interpersonales y responsabilidad social, independientemente de si fueron casos o controles.

Tilmann von Soest et al (17) estudiaron los factores psicológicos esperados para predecir la motivación de someterse a una cirugía estética en general. Ellos plantearon la hipótesis de que la imagen corporal, la autoestima, la historia de burlas, y el autocontrol se relacionaban con la motivación para someterse a una operación estética. Según nuestros resultados esto último no concuerda cuando la cirugía es una rinoplastia o septoplastia, primero porque ambos grupos de pacientes mostraron niveles adecuados de inteligencia emocional, lo que implica que su decisión no se basó en una baja autoestima, en cambio sus motivaciones podrían haber sido de índole laboral o para una mejor relación intra o interpersonal de la que ya tienen. Esto se corrobora con el hecho de que un 10,5%

de los controles tuvieron una ICE bajo o muy bajo y 15,8% en el grupo de casos, aquellos que se efectuaron la rinoplastia.

Sin embargo, en casi todas las sub escalas los pacientes que se sometieron a una septoplastia mostraron ligeramente mayor cociente de inteligencia emocional que aquellos que se sometieron a una rinoplastia, y si estas diferencias hubieran sido significativas entonces se estaría corroborando la hipótesis planteada por Tilmann von Soest et al, quien tuvo una muestra de 907 participantes mujeres noruegas de 22 a 55 años. A las mujeres de dicha muestra se les había pedido que indicaran si deseaban someterse a una cirugía estética, de manera que las que deseaban someterse a una cirugía podría ser comparadas con aquellas que no lo desearon. Un resultado relevante y parecido con los nuestros fue que la aceptación social de la cirugía estética y la imagen corporal fueron los predictores más fuertes de motivación para una cirugía estética, pues la imagen personal está ligada a las relaciones interpersonales y a la responsabilidad social.

La imagen del cuerpo y la autoestima son considerados factores clave para la motivación de una cirugía cosmética, esto fue demostrado tanto por el estudio anterior (17) como el llevado a cabo por Hung-Chi Chen (21), donde sus resultados mostraron que la evaluación de la apariencia, y la satisfacción de determinadas áreas del cuerpo de candidatas a una cirugía cosmética, no fue significativamente diferente a las del grupo control, aquellas que no optaron por una cirugía cosmética. Esto indica que tanto los mujeres que decidieron por la cirugía cosmética presentaron los mismos niveles de insatisfacción de su imagen corporal que las del grupo control, pero no respecto a su autoestima, ya que las

que tuvieron mayor autoestima fueron las que decidieron por la cirugía cosmética, resultado que no concuerda en nuestro estudio, pues en la escala intrapersonal tanto los casos como los controles obtuvieron el mismo nivel de autoestima. Podemos concluir de todos estos trabajos incluyendo el presente estudio, que las personas saludables, potencialmente exitosos, aun cuando tengan una nariz no deseada, en general presentan niveles de inteligencia emocional por encima del promedio, y que aquellos que presentaron los más altos niveles se estima que tendrán éxito general en adaptarse, enfrentar las tensiones, y de llevar una mejor relación tanto intra como inter personal.

En un estudio realizado en la Universidad Continental de Huancayo (36) se analizó la relación entre Inteligencia Emocional y Desempeño Docente en el aula. La muestra estuvo conformada por 70 docentes, a los cuales se les aplicó el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On, con el fin de evaluar los componentes intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés, y estado de ánimo general; los resultados mostraron que el 92,8% de docentes tuvieron una inteligencia emocional muy desarrollada (alta), el 94,3% tenían un desempeño docente excelente (muy alto) y un desempeño docente calificado (alto), además se halló una correlación directamente proporcional y significativa entre inteligencia emocional y desempeño docente en el aula. Respecto a nuestros resultados, si bien nuestra variable no fue el desempeño docente sino el nivel educativo, podemos hacer una similitud con el estudio mencionado pues un docente tiene por su preparación mayor nivel educativo que los estudiantes, y se llegaría a la misma conclusión pero sólo en la sub escala Flexibilidad: los

pacientes con educación superior tuvieron en promedio un mayor nivel de inteligencia emocional que los pacientes con educación secundaria, es decir que los primeros mostraron una mayor capacidad emocional que les permitiese fácilmente adaptarse a situaciones nuevas ó a cambiar viejas costumbres.

Una revisión (29) tuvo como objetivo analizar cómo los más reconocidos expertos en psicología y cirugía plástica facial han trabajado sobre el efecto psicológico previo a la rinoplastia durante el siglo pasado, es decir la influencia de la rinoplastia a nivel psicológico. Esta triple relación entre la rinoplastia, la psicología y el entorno social, que ahora podemos medir con instrumentos como el inventario del cociente emocional ICE bar-On, ha sido discutida por muchos expertos durante el siglo pasado, e independientemente de su campo de estudio han hecho hincapié en que es fundamental para el cirujanos ser consciente de su responsabilidad con respecto a los niveles físicos y emocionales. Esta revisión muestra evidencia de que una entrevista preoperatoria oficial es insuficiente, pues se necesita y es muy importante hacer una buena selección de pacientes que buscan esta operación, y para tener un buen resultado es fundamental que la entrevista preoperatoria considere el aspecto emocional del candidato.

Desde Hipócrates, el acto médico constituye, en esencia, una acción médica benéfica, donde el médico orienta su dinámica de acción hacia la persona que lo solicita o que necesita de su ayuda en su lucha por la preservación de dos valores excelsos de la especie humana: la vida y la salud. Actualmente, el acto médico es

definido como "toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Han de entenderse por tal, los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico, en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico". Visto en esta perspectiva, lo que caracteriza al acto médico es su posición principal siempre en función del hombre, por ello las cirugías faciales son acciones que el médico realiza a sus pacientes con la finalidad de corregir no sólo defectos físicos sino también trastornos psicológicos producto de estos defectos, y las realiza con el conocimiento científico actualizado y pertinente, y en condición de libertad para ejercer sus mejores decisiones clínicas bajo consentimiento pleno del paciente.

Este consentimiento pleno de parte del paciente se basa, en el presente estudio, en niveles adecuados de inteligencia emocional, pues en ambos grupos el 74% tuvo niveles adecuados de inteligencia emocional, es decir que su decisión de someterse a la rinoplastia y/o septoplastia fue producto de un análisis concienzudo de sus beneficios y no una decisión basada en al azar ó por presión externa, pues la ausencia de un trastorno psicológico conduce a analizar con más detenimiento la motivación, que puede ser externa, y en este sentido la presión social, familiar o de la profesión que se ejerce establecen la motivación fundamental para solicitar este tipo de cirugía. Por otro lado, la motivación puede ser interna, siendo el deseo legítimo de sentirse más bello ó más funcional la causa fundamental. Por tanto, nos encontramos ante un sujeto sano que quiere mejorar voluntariamente su aspecto físico como por ejemplo la corrección del tabique desviado, la eliminación de las arrugas de la piel, la retirada de la grasa en determinadas zonas

corporales, un aumento de labios o el aumento de unas mamas que tengan una forma y tamaño consideradas como normales. (24)

Los cirujanos deben estar comprometidos tanto en los niveles psicológicos y emocionales como quirúrgicos, y esto fue nuestra pregunta de investigación, de si la decisión de someterse a estos procedimientos quirúrgicos fue producto de un análisis consciente por parte del paciente; y hemos llegado a la conclusión de que esa decisión no fue producto del azar, pues los pacientes que decidieron por la rinoplastia, a pesar de tener niveles adecuados de inteligencia emocional, presentaron menores niveles que los pacientes que se sometieron a la septoplastia, es decir no sólo buscaron mejorar su aspecto físico con la rinoplastia sino también su aspecto emocional.

VI. CONCLUSIONES

1. El bajo cociente de inteligencia emocional no estuvo relacionado con la decisión de someterse a una rinoplastia entre los pacientes que acudieron al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
2. El grupo de pacientes que decidieron por la rinoplastia (casos) presentaron los mismos niveles de inteligencia emocional, según el inventario ICE Bar-On, que el grupo de pacientes que decidieron sólo por la septoplastia (controles). En ambos grupos de pacientes el 74% tuvo niveles adecuados de inteligencia emocional.
3. En la escala de Adaptabilidad, el grupo de controles presentaron niveles promedio de inteligencia emocional superiores a los del grupo de casos.
4. En las sub escalas Solución de Problemas y Prueba de realidad los controles tuvieron mayor nivel de inteligencia emocional. Ambas sub escalas pertenecen a la escala de Adaptabilidad, lo que indica que los controles son más cautelosos frente a la solución de problemas y tienen una actitud más realista de las circunstancias.
5. La edad de los pacientes, independientemente si fueron casos o controles, tuvo un efecto significativo en la sub escala Inter-personal, mostrando que los más jóvenes, menores de 28 años, tienen menores niveles de inteligencia emocional que los mayores de 36 años. Hay una relación directamente proporcional entre edad e inteligencia emocional.

6. El género de los pacientes, independientemente si fueron casos o controles, tuvo un efecto significativo en la sub escala Conocimiento Emocional de Sí Mismo, donde los pacientes hombres presentaron en promedio mayores niveles de inteligencia emocional que las pacientes mujeres, es decir a ellos les resulta relativamente fácil expresar sus sentimientos y entrar en contacto con sus emociones, además son conscientes de cómo se sienten aun cuando están alterados.
7. La interacción de la edad y el género tuvo un efecto sobre las aspectos relacionados con las sub escalas Inter-personal y de Adaptabilidad. En esta última sub escala, las pacientes más jóvenes, menores de 35, presentaron mayor capacidad de adaptación en la solución de sus problemas pero esto se invierte, y son los pacientes varones mayores de 35 los que presentan mejor actitud al considerar primero la realidad y tener una mayor flexibilidad.
8. En relación al grado de instrucción, se encontraron diferencias sólo en la sub escala Flexibilidad, donde los pacientes con educación superior tuvieron un mayor nivel promedio de inteligencia emocional que los pacientes con educación secundaria.
9. Considerando el índice de inconsistencia y las escala de impresión positiva y negativa, tanto los pacientes que se sometieron a una rinoplastia como los que sólo se sometieron a una septoplastia, fueron responsables en sus respuestas, dándole validez a los resultados de este estudio.

RECOMENDACIONES

La evaluación de la inteligencia emocional debería ser parte de cualquier procedimiento pre-quirúrgico estético o funcional, de modo que los pacientes tomen conciencia de que cualquier cambio físico de su rostro u otra zona de su cuerpo, a través de la cirugía plástica, no implica la solución automática de sus problema o traumas, a menos que tome conciencia de los objetivos y metas que pueda alcanzar con tales procedimientos, es decir, debe desarrollar su inteligencia emocional en caso de que ésta sea baja, y para eso está el consejo y la dirección del médico que lo operará.

De ser posible, es recomendable aplicar el inventario de Cociente Emocional de Bar-On, al cabo de 1 año de la cirugía en el caso de los pacientes que se sometieron a una rinoplastia, y al cabo de 2 meses para los pacientes que se sometieron a una septoplastia, de esta forma se aprovecha el control del paciente para verificar si la cirugía en sí mejora su inteligencia emocional, traducido en sus logros y actividades diarias, sean familiares, sociales como laborales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yellin SA. Aesthetics for the Next Millennium. *Facial plast Surg* 1997; 13(4): 231-239.
2. Gunes H, Piccardi M, Jan T. Automated Classification of Female Facial Beauty Using Learning Algorithms. Computer Vision Group-Faculty of Information Technology, University of Technology, Sydney (UTS). Australia 2007.
3. American Society of Plastic Surgeons Report of the 2010 Plastic Surgery Statistics: Cosmetic reconstructive plastic surgery minimally invasive statistics. Disponible en:
<http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2010-statistics.html>
4. Thomson JA, Knorr NJ, Edgerton MT. Cosmetic surgery: The psychiatric perspective. *Psychosomatics*. 1978;19(1):7-11
5. Gabel R. Inteligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales. Lima: Univ ESAN, 2005. – 33 p. (Serie Documentos de Trabajo n. 16).
6. García M, Giménez-Mas, SI. La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuad del Profesorado*. 2010; 3(6),43-52. Disponible en: <http://www.cepcuevasolula.es/espinal>
7. Romero MA. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 4 (2008) 73-76
8. Goleman D. Inteligencia Emocional. 70ª.edición. Barcelona: Editorial Kairos; 2008.
9. Goleman D. Social Intelligence: The New Science of Human Relationships. New Cork: Random House Large Print; 2006.
10. Bar-On R. The conceptual aspect of the Bar-On Model (the theory), 24 de abril 2011. Disponible en:
<http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/conceptual-aspects.php>

11. Ugarriza, N. La evaluación de la inteligencia emocional a través del Inventario de Bar-On (ICE) en una muestra de Lima Metropolitana. 2.^a edición. Lima: Ediciones Libro Amigo. 2003.
12. Ugarriza N, Pajares L. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de Bar-On ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. 2005; 11-58, del 10 de abril 2011. Disponible en:
[http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/DC2B90CDD90FB0D9052571D50079C02A/\\$file/01-persona8-ugarriza.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/DC2B90CDD90FB0D9052571D50079C02A/$file/01-persona8-ugarriza.pdf)
13. Abanto Z, Higuera L. ICE. Inventario de cociente emocional de Bar-On. Test para la medida de la inteligencia emocional. Manual técnico. Lima: Grafimac; 2000.
14. Jelicic M, Bonke B. Preoperative anxiety and motives for surgery. 1991; 68(3):849-850.
15. Emmerich M, Emmerich L. Historia de la Rinoplastía. Sociedad chilena de otorrinolaringología. 2002. [artículo en internet]. [recuperado el 15 de abril 2011]. Disponible en: <http://www.sochiorl.cl/indices/pdfs/61-3/12.pdf>
16. Haas CK, Champion A. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. Plastic Surgical Nursing. 2008; 28 (4): 177-182.
17. Von Soest T, Kvaem I. Psychosocial predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. Plastic and reconstructive surgery. 2006; 117 (1): 51-62.
18. Solvi A, Foss K. Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. 2010; 63 (4): 673-680.
19. Park L, Calogero R. Predicting interest in cosmetic surgery: interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments. 2009; 6 (3): 186-193.
20. Hermann B. Ideals of beauty and the medical manipulation of the body between free choice and coercion. Ethik in der Medizin. 2006; 18 (1):71-80.

21. Chen H, Karri V. Psychological profile of Taiwanese female cosmetic surgery candidates: understanding their motivation for cosmetic surgery. *Aesthetic plastic surgery*. 2010; 34 (3): 340-349.
22. Birtchnell S, Whitfield P. Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty. *Journal of psychosomatic research*. Volume 34, Issue 5, 1990, Pages 509-514.
23. Ribeiro S, Ferreira M. Preoperative psychological evaluation of patients undergoing rhytidoplasty. *Revista do hospital das clínicas*. 1995; 50 suplemento: 17-21.
24. Hontanilla B, Aubá C. Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales. *Rev Med Univ Navarra*, 2002; 46(3) 45-51
25. Sykes J. Patient selection in facial plastic surgery. *Facial plastic surgery clinics of North America*. 2008; 16 (2): 173-176.
26. Grossbart T, Sarwer D. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*. 2003; 22 (2): 136-147.
27. Maksud D, Anderson R. Psychological dimensions of aesthetic surgery: essentials for nurses. *Plastic surgical nursing*. 1995; 15 (3): 137-144.
28. Lejour M, Lecocq C. Psychological implications of esthetic surgery. Apropos of a study of 68 cases. *Acta Chirurgica Belgica*. 1975; 74(1):5-24.
29. Andretto A. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche. *Aesthetic plastic surgery*. 2007; 31 (4): 406-410.
30. Shipley R, O'Donnell J. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. Comparison to small-busted and average-busted controls. *Plastic and reconstructive surgery*. 1977; 60 (3): 369-376.
31. Hasan J. Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview. *Annals of plastic surgery*. 2000; (44 (1): 89-96.
32. Goin M, Burgoyne R. A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plastic and reconstructive surgery*. 1980; 65(4):436-442.

33. Goin M, Rees T. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of plastic surgery*. 1991; 27 (3): 210-215.
34. American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery (AAPRS). 2011 AAFPRS Membership Study (2012 Report). Disponible en: http://www.aafprs.org/media/stats_polls/m_stats.html
35. CIYAI-UPCH. Hoja Informativa y Modelos de Consentimiento Informado. Abril 2011-Versión 2.1. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
36. Coronel E, Ñaupari F. Relación entre inteligencia emocional y desempeño docente en aula en la Universidad Continental de Huancayo. *Apunt. cienc. soc.* 2011; 01(01) 27-32.
37. Moreno L. *Cuerpos Modelos, Cuerpos Moldeables*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Antropología. Bogotá 2010.
38. Souto M. *Desarrollo de Competencias Emocionales en la Educación Superior*, Universitat Rovira y Virgili. Tesis 2013. Dipòsit Legal: T.190-2013. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/101525/Tesis.pdf.txt?sequence=2>
39. Bisquerra R. El modelo de Goleman: Inteligencia Emocional. Basado en la definición de Emotional Intelligence de Daniel Goleman (1995). Disponible en: <http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/modelo-de-goleman.html>
40. Extremera N, Fernandez P. Medidas de Evaluación de la Inteligencia Emocional. *Rev Latinoamericana de Psi* 2004; 36(2) 209-228.
41. Marquardt Beauty Analysis. Disponible en: <http://www.beautyanalysis.com/articles/>

ANEXO 1

Cálculo del Tamaño de Muestra

El tamaño muestral se calculó con la siguiente fórmula, adecuada para estudios de Casos y Controles:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{1-\beta}]^2 S^2}{d^2} = \frac{[1,96 + 0,842]^2 44,2^2}{20^2} \\ = 38,3 \approx 38$$

donde S es la desviación estándar del ICE y d es el error de estimación. Como la desviación estándar S es de los controles, la hemos estimado en base a un trabajo previo, realizado por Nelly Ugarriza en Lima Metropolitana (referencia 11) y cuyo valor original sin estandarizar es de 44,2 con un error de estimación de 20. El nivel de significancia es de 0,05 bilateral ($Z_{\alpha}=1,96$), con una potencia del 80% ($Z_{\beta}=0,842$), entonces el tamaño de muestra serán 38 casos y 38 controles.

ANEXO 2 CUESTIONARIO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Especialidad: _____ Fecha: _____

INVENTARIO EMOCIONAL Bar-On

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permite hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello debes indicaren qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase:

1. Rara vez o nunca es mi caso.
2. Poca veces es mi caso.
3. A veces es mi caso.
4. Muchas veces es mi caso.
5. Con mucha frecuencia o Siempre es mi caso

INSTRUCCIONES

Lea cada una de las frases y seleccione UNA de las cinco respuestas, la que sea más apropiada para usted, seleccione el número (del 1 al 5) que corresponda a la respuesta que usted eligió y márkelo. Si a alguna de las frases no tiene nada que ver con usted, igualmente responda teniendo en cuenta como se sentiría, pensaría o actuaría si estuviera en esa situación. Notará que algunas frases no le proporcionan toda la información necesaria; aunque no esté seguro(a), seleccione la respuesta más adecuada para usted. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", ni respuestas "buenas" ni "malas". Responda honesta y sinceramente de acuerdo a como es usted, no cómo le gustaría que otros lo(a) vieran. No hay límite de tiempo, pero por favor, trabaje con rapidez y asegúrese de responder todas las oraciones.

1.- Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.	1	2	3	4	5
2.- Me resulta difícil disfrutar de la vida.	1	2	3	4	5
3.- Prefiero un tipo de trabajo en el que me indiquen casi todo lo que debo hacer.	1	2	3	4	5
4.- Sé cómo manejar los problemas más desagradables.	1	2	3	4	5
5.- Me agradan las personas que conozco.	1	2	3	4	5
6.- Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.	1	2	3	4	5
7.- Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.- Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto/a.	1	2	3	4	5
9.- Entro fácilmente en contacto con mis emociones.	1	2	3	4	5
10.- Soy incapaz de demostrar afecto.	1	2	3	4	5
11.- Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría.	1	2	3	4	5
12.- Tengo la sensación que algo no está bien en mi cabeza.	1	2	3	4	5
13.- Tengo problemas de controlarme cuando me enojo.	1	2	3	4	5
14.- Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.	1	2	3	4	5
15.- Frente a una situación problemática obtengo la mayor cantidad de información posible para comprender mejor lo que está pasando.	1	2	3	4	5
16.- Me gusta ayudar a la gente.	1	2	3	4	5
17.- Me es difícil sonreír.	1	2	3	4	5
18.- Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.	1	2	3	4	5
19.- Cuando trabajo con otras personas, tiendo a confiar más en las ideas de los demás.	1	2	3	4	5

que en las mías propias.	
20.- Creo que tengo la capacidad para poder controlar las situaciones difíciles.	1 2 3 4 5
21.- No puedo identificar mis cualidades, no sé realmente para qué cosas soy bueno/a.	1 2 3 4 5
22.- No soy capaz de expresar mis pensamientos.	1 2 3 4 5
23.- Me es difícil compartir mis sentimientos más profundos.	1 2 3 4 5
24.- No tengo confianza en mí mismo/a.	1 2 3 4 5
25.- Creo que he perdido la cabeza.	1 2 3 4 5
26.- Casi todo lo que hago, lo hago con optimismo.	1 2 3 4 5
27.- Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.	1 2 3 4 5
28.- En general, me resulta difícil adaptarme a los demás.	1 2 3 4 5
29.- Antes de intentar solucionar un problema me gusta obtener un panorama general del mismo.	1 2 3 4 5
30.- No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.	1 2 3 4 5
31.- Soy una persona bastante alegre y optimista.	1 2 3 4 5
32.- Prefiero que los otros tomen las decisiones por mí.	1 2 3 4 5
33.- Puedo manejar situaciones de estrés sin ponerme demasiado nervioso/a.	1 2 3 4 5
34.- Tengo pensamientos positivos para con los demás.	1 2 3 4 5
35.- Me es difícil entender cómo me siento.	1 2 3 4 5
36.- He logrado muy poco en los últimos años.	1 2 3 4 5
37.- Cuando estoy enojado/a con alguien se lo puedo decir.	1 2 3 4 5
38.- He tenido experiencias extrañas que son inexplicables.	1 2 3 4 5
39.- Me resulta fácil hacer amigos/as	1 2 3 4 5
40.- Me tengo mucho respeto.	1 2 3 4 5
41.- Hago cosas muy raras.	1 2 3 4 5
42.- Soy impulsivo/a y esto me trae problemas.	1 2 3 4 5
43.- Me resulta difícil cambiar de opinión.	1 2 3 4 5
44.- Tengo la capacidad para comprender los sentimientos ajenos.	1 2 3 4 5
45.- Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.	1 2 3 4 5
46.- A la gente le resulta difícil confiar en mí.	1 2 3 4 5
47.- Estoy contento/a con mi vida.	1 2 3 4 5
48.- Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo/a.	1 2 3 4 5
49.- No resisto el estrés.	1 2 3 4 5
50.- En mi vida no hago nada malo.	1 2 3 4 5
51.- No disfruto lo que hago.	1 2 3 4 5
52.- Me resulta difícil expresar mis sentimientos más profundos.	1 2 3 4 5
53.- La gente no comprende mi manera de pensar.	1 2 3 4 5
54.- En general, espero que suceda lo mejor.	1 2 3 4 5
55.- Mis amistades me confían sus intimidades.	1 2 3 4 5
56.- No me siento bien conmigo mismo/a	1 2 3 4 5
57.- Percibo cosas extrañas que los demás.	1 2 3 4 5
58.- La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.	1 2 3 4 5
59.- Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.	1 2 3 4 5
60.- Frente a una situación problemática, analizo todas las opciones y luego opto por la que considero será más exitosa.	1 2 3 4 5
61.- Si veo a un niño llorando me detengo a ayudarlo a encontrar a sus padres, aunque en ese momento tenga otro compromiso.	1 2 3 4 5
62.- Soy una persona divertida.	1 2 3 4 5
63.- Soy consciente de cómo me siento.	1 2 3 4 5
64.- Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.	1 2 3 4 5
65.- Nada me perturba.	1 2 3 4 5
66.- No me entusiasman mucho mis intereses.	1 2 3 4 5

67.- Cuando no estoy de acuerdo con alguien siento que se lo puedo decir.	1	2	3	4	5
68.- Tengo una tendencia a perder contacto con la realidad y a fantasear.	1	2	3	4	5
69.- Me es difícil relacionarme con los demás.	1	2	3	4	5
70.- Me resulta difícil aceptarme tal cual soy.	1	2	3	4	5
71.- Me siento como si estuviera separado/a de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
72.- Me importa lo que puede sucederle a los demás.	1	2	3	4	5
73.- Soy impaciente.	1	2	3	4	5
74.- Puedo cambiar mis viejas costumbres.	1	2	3	4	5
75.- Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.	1	2	3	4	5
76.- Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.	1	2	3	4	5
77.- Me deprimó.	1	2	3	4	5
78.- Se cómo mantener la calma en situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
79.- Nunca he mentado.	1	2	3	4	5
80.- En general me siento motivado/a para seguir adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.	1	2	3	4	5
81.- Trato de seguir adelante con las cosas que me gustan.	1	2	3	4	5
82.- Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.	1	2	3	4	5
83.- Me dejó llevar por mi imaginación y mis amigos.	1	2	3	4	5
84.- Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.	1	2	3	4	5
85.- Me siento feliz conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
86.- Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar.	1	2	3	4	5
87.- En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.	1	2	3	4	5
88.- Soy consciente de lo que me está pasando, aún cuando estoy alterado/a.	1	2	3	4	5
89.- Para poder resolver una situación que se presenta analizo todas las posibilidades existentes.	1	2	3	4	5
90.- Soy respetuoso/a con los demás.	1	2	3	4	5
91.- No estoy muy contento/a con mi vida.	1	2	3	4	5
92.- Prefiero seguir a otros a ser líder.	1	2	3	4	5
93.- Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.	1	2	3	4	5
94.- Nunca he violado la ley.	1	2	3	4	5
95.- Disfruto de las cosas que me interesan.	1	2	3	4	5
96.- Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.	1	2	3	4	5
97.- Tengo tendencia a exagerar.	1	2	3	4	5
98.- Soy sensible a los sentimientos de las otras personas.	1	2	3	4	5
99.- Mantengo buenas relaciones con la gente.	1	2	3	4	5
100.- estoy contento/a con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
101.- Soy una persona muy extraña.	1	2	3	4	5
102.- Soy impulsivo/a	1	2	3	4	5
103.- Me resulta difícil cambiar mis costumbres.	1	2	3	4	5
104.- Considero que es importante ser un ciudadano/a que respeta la ley.	1	2	3	4	5
105.- Disfruto las vacaciones y los fines de semana.	1	2	3	4	5
106.- En general tengo una actitud positiva para todo. aún cuando surgen inconvenientes.	1	2	3	4	5
107.- Tengo tendencia a apegarme demasiado a la gente.	1	2	3	4	5
108.- Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.	1	2	3	4	5
109.- No me siento avergonzado/a por nada de lo que he hecho hasta ahora.	1	2	3	4	5
110.- Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan.	1	2	3	4	5
111.- Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.	1	2	3	4	5

112.- Soy capaz de dejar de fantasear para inmediatamente ponerme a tono con la realidad.	1	2	3	4	5
113.- Los demás opinan que soy una persona sociable.	1	2	3	4	5
114.- Estoy contento/a con la forma en que me veo.	1	2	3	4	5
115.- Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.	1	2	3	4	5
116.- Me es difícil describir lo que siento.	1	2	3	4	5
117.- Tengo mal carácter.	1	2	3	4	5
118.- Por lo general. me trabo cuando analizo diferentes opciones para resolver un problema.	1	2	3	4	5
119.- Me es difícil ver sufrir a la gente.	1	2	3	4	5
120.- Me gusta divertirme.	1	2	3	4	5
121.- Me parece que necesito de los demás más de los ellos me necesitan.	1	2	3	4	5
122.- Me pongo ansioso.	1	2	3	4	5
123.- Nunca tengo un mal día.	1	2	3	4	5
124.- Intento no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
125.- No tengo idea de los que quiero hacer en la vida.	1	2	3	4	5
126.- Me es difícil hacer valer mis derechos.	1	2	3	4	5
127.- Me es difícil ser realista.	1	2	3	4	5
128.- No mantengo relación con mis amistades.	1	2	3	4	5
129.- Mis cualidades superan a mis defectos y esto me permite estar contento/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
130.- Tengo una tendencia a explotar de rabia fácilmente.	1	2	3	4	5
131.- Si me viera obligado/a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.	1	2	3	4	5
132.- En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación que voy a fracasar.	1	2	3	4	5
133.- He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.	1	2	3	4	5

ANEXO 3. HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN ESTUDIO

“Inteligencia Emocional en pacientes que se someten a rinoplastia en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”

Investigador: Dr. Ronulfo Fernando Luna Muñoz. Teléfono: 9927-65396.

Institución: Universidad Cayetano Heredia UPCH. Teléfonos: 01- 319000 anexo 2271.

Señor/Señora/Señorita, le invitamos a participar en una investigación que se está realizando con la finalidad de evaluar la Inteligencia Emocional, en pacientes que se someterán a una rinoplastia.

Compararemos el cociente de inteligencia emocional de los pacientes que deciden someterse a una rinoplastia y de los que deciden por una septoplastia, que se realizarán en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Beneficios: Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan del test realizado. El costo y el material del test serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la Inteligencia Emocional en pacientes que se someten a rinoplastia.

Riesgos e incomodidades: No existen riesgos por participar en el estudio, no se le realizará ningún procedimiento ni se le solicitará ninguna prueba de laboratorio, ni muestras de tejidos o líquidos corporales, ni tampoco radiografías, ya que sólo tendrá que responder a mano las preguntas del test.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le tomará un test, (de Bar-On ICE : 1997) el cual incluye 133 preguntas. Antes del test usted participará en una charla informativa sobre su decisión de hacerse una rinoplastia o no.

Confidencialidad: Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, anónima, y ninguna persona excepto el investigador Dr. Ronulfo Fernando Luna Muñoz podrá manejarla. Cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a la que usted está acostumbrado/a

Contacto: Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con el investigador, Ronulfo Fernando Luna Muñoz al teléfono 9927-65396. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

Cordialmente,

Dr. Ronulfo Fernando Luna Muñoz

DNI: 29631335

Investigador Principal