

Inteligencia Emocional en el período post COVID-19

Ximena González-Castillo,¹ Virginia Griselda Chávez-Montes-de-Oca²

Emotional Intelligence in the post COVID-19 period

Recibido: 12 de junio de 2023

Aceptado: 02 de octubre de 2023

Resumen

El COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, es una enfermedad que inició en Wuhan, China, en 2019 causando desde infecciones asintomáticas hasta casos graves como neumonía. El estrés provocado por el distanciamiento social, el miedo a contagiarse y los problemas económicos han incrementado problemas psicológicos y emocionales. Ante esto, el manejo de la Inteligencia Emocional (IE) desempeña un papel importante durante el transcurso de la enfermedad. El diseño de este estudio fue cuantitativo descriptivo y observacional; el objetivo fue identificar cómo manejaron su IE los adultos cuando padecieron COVID-19; se aplicó el instrumento TMMS-24 de junio de 2021 a enero de 2022 y se incluyeron 105 personas de distintas edades. Se analizaron los datos sobre el manejo de la IE en aquellas personas que tuvieron COVID-19. En conclusión, las mujeres fueron las más afectadas respecto a su IE al afrontar COVID-19 y deberían mejorar la atención de sus emociones respecto a sí mismas y los demás.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia emocional, COVID-19, TMMS-24.

Abstract

COVID-19, caused by the SARS-CoV-2 virus, is a disease that began in Wuhan, China in 2019, causing from asymptomatic infections to severe cases such as pneumonia. The stress caused by social distancing, fear of contagion and economic problems have increased psychological and emotional problems. Given this, the management of Emotional Intelligence (EI) plays an important role during the course of the disease. The design of this study was quantitative, descriptive and observational; the objective was to identify how adults handled their EI when they suffered from COVID-19; the TMMS-24 questionnaire was administered from June 2021 to January 2022 and 105 people of different ages were included. Data on the management of EI in those people who had COVID-19 were analyzed. In conclusion, women were the most affected with respect to their EI when facing COVID-19 and should improve the attention to their emotions regarding themselves and others.

KEY WORDS

Emotional intelligence, COVID-19, TMMS-24.

¹Universidad Cristóbal Colón, Boca del Río, Ver., México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4204-7428>. ²Universidad Cristóbal Colón, Boca del Río, Ver., México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0468-8490>. vchavez@ucc.mx

Introducción

El COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, es una enfermedad que se transmite de persona a persona por medio de secreciones causando desde infecciones asintomáticas hasta casos graves. En diciembre de 2019 se reportó un brote de casos de neumonía severa que inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. En enero de 2020 el Ministerio de sanidad de China identifica un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, como posible causa etiológica. Para marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la situación como una nueva pandemia.¹

Una vez contraída la infección, el período de incubación es de 5.2 días en promedio. La edad avanzada y determinadas patologías como enfermedades cardiovasculares, diabetes, EPOC, hipertensión, cáncer, entre otras, influyen en la gravedad de la enfermedad. Los síntomas más comunes son fiebre, tos, disnea, dolor de garganta, cefalea, mialgias o artralgias, fatiga, escalofríos y, en menor frecuencia, náuseas o vómitos y diarrea, así como pérdida del olfato y del gusto.²⁻⁴

El diagnóstico definitivo es por medio de la RT-PCR, ya que detecta el ácido nucleico, tomado de muestras de mucosa nasofaríngea o secreciones. Si se detecta ARN del virus el resultado es positivo.¹

Las medidas de higiene y el distanciamiento social son las medidas de prevención más importantes para contener la epidemia. Sin embargo, con la increíble demanda epidemiológica, científicos de todo el mundo se vieron en la necesidad de elaborar vacunas, por lo que, en México ya existen seis diferentes vacunas disponibles para su prevención.^{1,5}

Ante el miedo de contagio, el estrés provocado por el distanciamiento social y los problemas económicos han potenciado problemas psicológicos y por consiguiente emociones negativas. Ante esto, el control de las emociones desempeña un papel fundamental durante el transcurso de la enfermedad. La inteligencia emocional (IE) suele tener relevancia en este ámbito.

En la IE se identifican dos tipos de modelos: los mixtos y el de habilidad. Los mixtos se refieren a la suma de rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales, diversas habilidades cognitivas, destrezas, objetivos y rasgos de personalidad; incluye el Modelo de Goldman y el Modelo de Bar-On. Por otro lado, el modelo de habilidad, descrito por Salovey y Mayer, cuenta con cuatro habilidades básicas de la IE: la percepción, apreciación y expresión de las emociones; la facilitación emocional; la comprensión emocional; y la regulación reflexiva de las emociones.^{6,7}

Para medir la IE de las personas se utilizan diversos instrumentos, donde destaca el cuestionario TMMS-24, que está constituido por 24 ítems, los cuales se responden sobre una escala tipo Likert.^{8,9}

El propósito de esta investigación fue conocer cómo las personas manejaron su IE al padecer COVID-19 debido a que el aislamiento social y los cambios en el estilo de vida que se viven durante el transcurso de la enfermedad pueden desencadenar emociones negativas tales como la angustia, pánico y miedo, que eventualmente pueden transformarse en problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión y/o el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Material y métodos

Se trató de una investigación descriptiva y observacional. Los participantes que se incluyeron fueron aquellos adultos de 18 a 65 años que padecieron COVID-19 y que aceptaron entrar en el estudio. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Se envió un cuestionario realizado en Google Forms, donde antes de su aplicación se hizo aceptar a los participantes el consentimiento informado. El cuestionario que se utilizó de base fue el test "Trait Meta Mood Scale" (TMMS-24), elaborado por Salovey y Mayer en 1995, traducido por Fernández, Extremera y Ramos en 2004, y validado en México; se considera una medida de autoinforme de IE con 24 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta, agrupados en tres factores: Atención, Claridad y Reparación.¹⁰ Los valores tomados como referencia dependieron del sexo analizado. Para el sexo masculino fueron, en el

factor atención, <21 = bajo; 22-32 = adecuado; >33 = demasiado; en el factor claridad, <25 = bajo; 26-35 = adecuado; >36 = excelente; en el factor reparación, <23 = bajo; 24-35 = adecuado; >36 = excelente. Para el sexo femenino fueron, en el factor atención, <24 = bajo; 25-35 = adecuado; >36 = demasiado; en el factor claridad, <23 = bajo; 24-34 = adecuado; >35 = excelente; en el factor reparación, <23 = bajo; 24-34 = adecuado; >35 = excelente.

Para el análisis de los datos se realizó estadística descriptiva, además de la prueba t de Student para muestras independientes y ANOVA.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética institucional y se adhiere al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud y a la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como a los códigos internacionales vigentes para las buenas prácticas en investigación clínica. Antes de iniciar el cuestionario los participantes leyeron y aceptaron el consentimiento informado.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 105 sujetos, el 76% (80 participantes) eran mujeres, mientras que el 24% (25 participantes) restante fueron hombres. Respecto al rango de edad, predominó un 67% (N=70) de 18 a 40 años, seguido de un 19% (N=20) de 40 a 49 años, en el rango de 50 a 59 años fueron el 10% (N=11), y finalmente, un 4% (N=4) tenía de 60 a 65 años (figura 1).

El 63.8% (N=67) de las personas eran solteros, el 27.6% (N=29) casados, el 3.8% (N=4) de los participantes eran divorciados, 2.8% (N=3) vivían en unión libre y el 1.9% (N=2) eran viudos.

Todos los encuestados confirmaron haber padecido COVID-19. El método diagnóstico definitivo en el 66.7% (N=70) fue por medio de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa o PCR, el 20.9% (N=22) fue diagnosticado por medio de la prueba de antígenos, el 5.7% (N=6) se diagnosticó por haber estado en contacto directo con un paciente positivo, el 4.7% (N=5) por haber presentado los síntomas característicos de la enfermedad y, finalmente, un 1.9% (N=2) de los encuestados fueron diagnosticados por medio de una tomografía axial computarizada (TAC).

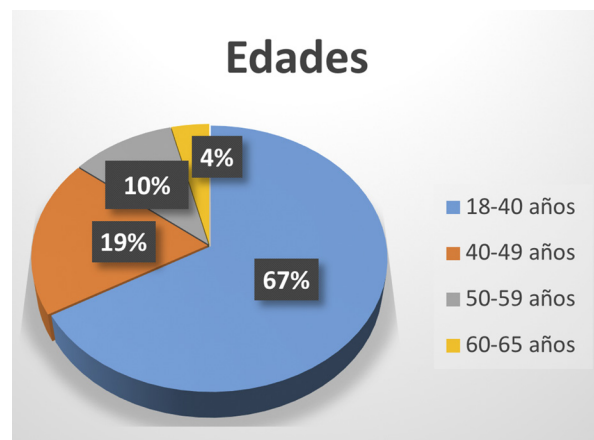
El 23.8% (25 participantes) confirmó haber padecido COVID-19 hace más de un año; sin embargo, el 20.9% (22 participantes) informó haber padecido COVID-19 1-2 semanas previas al estudio, seguido del 19% (20 participantes) que padeció la enfermedad 4-6 meses antes; el 12.3% (N=13) la tuvo 7-9 meses antes, mientras que el 8.5% (N=9) de los encuestados 10-12 meses antes, el 7.6% (N=8) 2-3 meses antes, el 5.7% (N=6) un mes antes y solo el 1.9% (N=2) padecieron COVID-19, 2-4 semanas antes del estudio.

De acuerdo con los síntomas más frecuentes presentados durante el transcurso de la enfermedad el 78% fue cansancio, 59% tos, 58% fiebre, igualmente 58% dolor de garganta, 57.1% fue dolor de cabeza, y 1.9% fueron asintomáticos. Por otro lado, al menos el 27.6% (29 participantes) presentaron cinco síntomas, seguido del 20.9% (22 participantes) manifestaron seis síntomas, 11.4% (N=12) de los participantes siete síntomas, 10.4% (N=11) tuvieron dos síntomas, de igual manera, el 10.4% (N=11) afirmaron haber tenido tres síntomas, el 9.5% (N=10) de los encuestados tuvo cuatro síntomas, mientras que el 4.7% (N=5) y el 2.8% (N=3) presentaron ocho y nueve síntomas, respectivamente.

Conforme a los pacientes que recibieron tratamiento o no, el 85.7% (90 participantes) sí recibió tratamiento, mientras que el 14.2% (15 participantes) no recibió tratamiento. Asimismo, únicamente el 4.76% (5 participantes) fueron hospitalizados y el 95.2% (100 participantes) no lo fue. De los pacientes hospitalizados, 2 participantes estuvieron hospitalizados en un período de 1-2 semanas y 3 participantes estuvieron hospitalizados por 3-4 semanas.

Por otro lado, después del haber padecido COVID-19, al menos el 16.1% (17 participantes) de los encuestados manifestaron un síntoma, 14.2% (15 participantes) cuatro síntomas, mientras que el 13.3% (N=14) presentaron cinco síntomas, e igualmente el 13.3% (N=14) dos síntomas, el 10.4% (N=11) de los

Figura 1
Distribución de los participantes de acuerdo con su grupo etario



Fuente: Elaboración propia.

encuestados presentaron tres síntomas; de igual manera, el 10.4% (N=11) no presentaron ningún síntoma. El resto de los encuestados presentó de seis a catorce síntomas (figura 2).

Únicamente el 46.6% (49 participantes) presentaron cuadros de ansiedad y depresión luego de haber padecido COVID-19; además, el 14.2% (20 participantes) presentó cambios de humor. Por otra parte, el 10.4% (N=11) refirió haber estado bajo tratamiento psicológico durante el transcurso de la enfermedad.

De acuerdo con el test “Trait Meta Mood Scale” (TMMS-24) en sus tres dimensiones, el factor atención, el factor claridad y el factor reparación, sobre cómo se sentían y/o pensaban los participantes al momento de padecer COVID-19, los resultados fueron los siguientes: para las mujeres el factor atención obtuvo un puntaje del 24.4, el factor claridad alcanzó un puntaje de 25.5, y finalmente, el factor reparación, de 25.3; lo que significa que las mujeres deben mejorar su atención, tienen una adecuada comprensión y una adecuada regulación. Mientras que, los puntajes para los hombres dictaron que el factor atención obtuvo un puntaje de 25.7, el factor claridad alcanzó un 28.08, y, por último, el factor reparación tuvo un puntaje de 28.08, significando de esta manera que, los hombres tienen una adecuada atención, una adecuada comprensión y regulación. Tanto mujeres como hombres tienen una adecuada comprensión y regulación, sin embargo, los resultados del TMMS-24 mostraron que las mujeres deben mejorar su atención (figura 3).

En cuanto a los resultados en el factor atención, fue más frecuente un nivel bajo (presta poca atención) que los dos superiores (adecuada atención y demasiada atención); se evidenció una diferencia significativa entre un resultado bajo y los otros dos valores, diferencia que resultó ser significativa (prueba t de Student) en varones ($p < 0.05$) y altamente significativa ($p < 0.0001$) en mujeres. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas cuando se compararon las medias entre ambos sexos.

Discusión

Las medidas de confinamiento tomadas para frenar el coronavirus, la dureza de la situación para enfermos y sanitarios, así como la pérdida de seres queridos en situaciones de aislamiento, son una puesta a prueba de nuestra salud mental, tanto individual como colectiva.¹¹

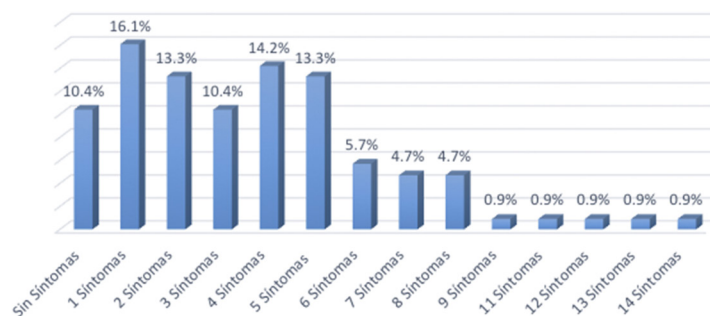
El COVID-19 ha tenido un efecto negativo enorme en el número de personas que han perdido su empleo. De acuerdo con datos del Pew Research Center, de 6.2 millones de desempleados en febrero, aumentó a 20.5 millones en mayo. En el 2020 el desempleo en los EEUU subió de un 3.8% en febrero a un 14.4% en abril. Existe una fuerte relación entre estar desempleado y declives en salud mental.¹²

Se ha informado sobre el incremento de las emociones negativas y una disminución de las emociones positivas generando un comportamiento errático entre las personas durante la pandemia de COVID-19. Además, la cuarentena incrementó la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren.¹³

La incertidumbre asociada con la enfermedad en sí, su rápida propagación y alto riesgo de infección, así como la duración desconocida de las intervenciones de salud pública para enfrentar la progresión de la enfermedad, pueden ocasionar y afectar los problemas de salud mental preexistentes. Las personas mayores, en especial si están aisladas y/o tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden volverse más ansiosas, enojadas, estresadas, agitadas y retraídas durante el brote o mientras están en cuarentena.¹⁴

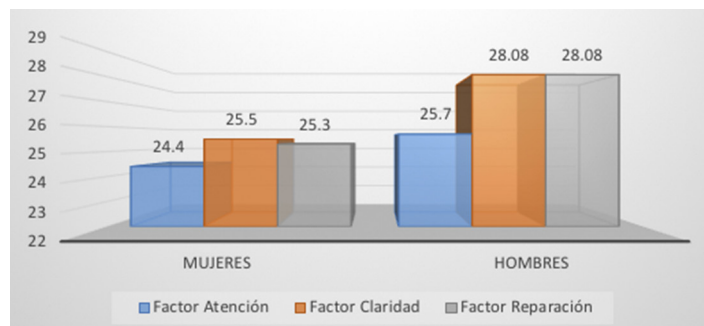
La mayoría de personas durante el confinamiento y la cuarentena tiene altos niveles de ansiedad (>4 en el 44.2%) y estrés (>5 en el 46.1%), principalmente

Figura 2
Frecuencia de síntomas post COVID 19 en los participantes



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3
Resultados del TMMS-24 en participantes de ambos sexos



Fuente: Elaboración propia.

entre las mujeres (55.8% y 54.7%, respectivamente), lo que quiere decir que la ansiedad y el estrés se correlacionan significativamente con las dimensiones percepción, comprensión y regulación de la IE.¹⁵

La preocupación y el pensamiento catastrófico sobre COVID-19, así como el malestar emocional por dicha enfermedad, son los constructos socioemocionales que mayor puntaje concentran, con una media de 34.6 y 18.9, respectivamente. Por otro lado, las competencias socioemocionales conservan una media alta (media = 29.22), por lo que la regulación de las emociones está presente como un factor relevante, lo que significa que la preocupación y el pensamiento catastrófico se relaciona significativamente con el desarrollo del malestar emocional en mexicanos.¹⁶

El coronavirus está afectando la salud global y la salud mental creando varios problemas mentales como el trastorno de estrés postraumático. Las personas que viven lejos de sus familias por motivos de educación o trabajo, o que están separadas de sus seres queridos, corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como depresión, ansiedad, etc. Con un reconocimiento preciso en lo que respecta a la inteligencia emocional, se podría reducir el nivel de sentimientos negativos y estrés, lo que significa que, si las personas con PTSD reconocen perfectamente sus sentimientos y actitudes, pueden poseer una buena salud mental.¹⁷

Predicción del burnout. En cuanto a los riesgos psicosociales, los predictores positivos significativos de burnout fueron el trabajo emocional, el conflicto interpersonal y el conflicto de roles. Con respecto a los componentes de inteligencia emocional, el predictor negativo significativo de burnout fue la reparación emocional. Se detectó un efecto protector de la inteligencia emocional frente a los efectos adversos de los riesgos psicosociales como el agotamiento, las quejas psicosomáticas y un efecto favorable en la satisfacción laboral.¹⁸

Los líderes en medicina hospitalaria deberían tener disponibles las estrategias para comprender las emociones que experimentan los proveedores. Conocer y reconocer estas emociones desde el principio puede ayudar a los líderes a planificar e implementar los cambios operativos necesarios para manejar la crisis. Con el propósito de reducir la angustia y efectos emocionales negativos experimentados por nuestros sistemas de salud y población general, y así liderar de manera más efectiva.¹⁹

La IE mostró correlaciones positivas con medidas de apoyo social y una asociación negativa moderada con la preocupación, con una diferencia significativa entre masculinos y femeninos solo para la preocupación; las mujeres expresaron niveles más altos de preocupación que los hombres. La preocupación puede constituir un componente de la ansiedad y también puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de los síntomas, además de que el distanciamiento y aislamiento social pueden incrementar los mismos, por lo que, aumenta la necesidad de apoyo.²⁰

Conclusiones

Tuvimos una mayor participación del sexo femenino (76%), lo que podría significar que una mayor cantidad de mujeres se vio afectada. Únicamente el 10% de los participantes recibió tratamiento psicológico durante el transcurso de la enfermedad, lo que pudo haber determinado un mal manejo de emociones y pensamientos respecto a sí mismo y los demás, que el 77% hubieran padecido ansiedad y depresión luego de haber tenido COVID-19, y/o que el 23% hubiera tenido severos cambios de humor. Finalmente, de acuerdo con las tres dimensiones, las mujeres fueron las más afectadas respecto a su IE y deben mejorar la atención de sus emociones respecto a sí mismas y los demás.

Agradecimientos

A Enrique Sánchez-Valdivieso M.D., Ph.D. por su valiosa colaboración en el análisis, redacción y lectura crítica del manuscrito.

Financiamiento

Las autoras declaran que no recibieron financiamiento de ninguna fuente.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses en relación con esta investigación.

Referencias

- Escudero X, Guarner J, Galindo-Frago A, Escudero-Salamanca M, Alcocer-Gamba M, Del-Río C. La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. Arch. Cardiol. Méx. 2020; 90(1): 7-14. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402020000500007&lng=es. <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>.
- Ruiz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). Ars Pharm. 2020; 61(2): 63-79. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001&lng=es.
- Vargas-Lara AK, Schreiber-Vellnagel V, Ochoa-Hein E, López-Ávila A. SARS-CoV-2: una revisión bibliográfica de los temas más relevantes y evolución del conocimiento médico sobre la enfermedad. Neumol Cir Torax. 2020; 79(3):185-196. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en <https://doi.org/10.35366/96655>.
- Hernández Fernández J. El nuevo coronavirus y el desarrollo de la ciencia. Revista Mutis. 2019; 9(2):5-6. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en <https://revistas.utadeo.edu.co/index.php/mutis/article/view/1600>.
- Gobierno de México. Política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. 2021. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/11May2021_PNVx_COVID.pdf.
- Fragoso-Luzuriaga R. Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? Revista Iberoamericana de Educación Superior. 2015, VI(16), 110-125 [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299138522006>.
- Oberst U, Chamorro A. Modelos teóricos en inteligencia emocional y su medida. 209-217 [citado el 15 de 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/ximeg/Downloads/97921-Text de l'article-154438-1-10-20081008.pdf>.
- Martínez GAE, Piqueras JA, Ramos LV. Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. Electronic Journal of Research in Educational Psychology. 2010; 8(2):861-890. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122002020>.
- Cejudo J, García-Marot S, López-Delgado ML. Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama. Terapia Psicológica. 2017; 35(3):239-246. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78554029004>.

10. Fernández-Berrocal P, Extremera-Pacheco N. La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2005;19(3):63-93. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411927005>
11. Rodríguez-Cahill C. Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *JONNPR*. 2020; 5(6): 583-588. [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000600583&lng=es.
12. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Rev Cari Psicol*. 2020; 4(2):143-52. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4907>.
13. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020; 37(2): 327-334. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
14. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. 2020; 24(3): 578-594. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es.
15. Torres Ramos LE, Mamani Vargas RD. Estrés e inteligencia emocional en personas adultas durante la pandemia de la COVID-19 en Tacna 2020. *Psiquemag*. 2021; 10(1):37-45. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/226>.
16. Castro Saucedo LK, Nuñez Udave LF, Tapia García EJ, Bruno F, De Leon Alvarado CA. Percepción social del COVID-19 desde el malestar emocional y las competencias socioemocionales en mexicanos. *Multidiscip Sci J*. 2020; 30:1-16.
17. Ahumada F. La relación entre inteligencia emocional y salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2011; 0(0): 13-17. [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-052/275>.
18. Soto-Rubio A, Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V. Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21): 7998. doi: 10.3390/ijerph17217998.
19. Kantor MA, Apgar SK, Esmali AM, Khan A, Monash B, Sharpe BA. The Importance of Emotional Intelligence When Leading in a Time of Crisis. *J Hosp Med*. 2020; 15(9):568-9. doi: 10.12788/jhm.3484.
20. Zysberg L, Zisberg A. Days of worry: Emotional intelligence and social support mediate worry in the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Psychology*. 2022; 27(2):268-277. doi: 10.1177/1359105320949935.