



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Tesis Doctoral

MÉDICOS EN PLENITUD

Las competencias emocionales en el currículum del Proyecto de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión

Privada.

Tesista

Ricardo Alfredo Masramón

Directora de Tesis

Griselda Nora Salvini

Título de Grado

Médico Cirujano

2017

Prólogo

Durante más de 35 años, como médico cirujano, y luego como Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad, pude observar como ingresaban los médicos recién recibidos a la Residencia del Servicio de Cirugía. Demostraban entusiasmo por ser médicos y se mostraban sensibles al sufrimiento del enfermo, pero con el paso del tiempo, en la mayoría de los casos, perdían esas habilidades emocionales, y presentaban agotamiento y despersonalización.

Cuando la Universidad de Altos Estudios toma la decisión de crear la carrera de Medicina, como Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, y Miembro del equipo formador del Plan de Estudios de la Carrera de Medicina, se da la oportunidad de proponer el eje emocional con materias específicas en la currícula.

En este contexto, se busca sostener con fundamentación científica la necesidad de la formación emocional del médico ante las respectivas autoridades gubernamentales y educativas, el Ministerio de Educación de la Nación, y La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

Es precisamente, en el proceso de elaboración de esta tesis doctoral, cuyo título es *Médicos en Plenitud*, cuando se investigan y analizan los datos en diversas fuentes, que sustentan lo pertinente de educar las emociones en nuestro plan curricular. Estos fundamentos respaldaron la propuesta curricular de la Facultad de Ciencias Médicas ante las mencionadas autoridades nacionales, posibilitando la acreditación de la carrera de medicina.

La primera cohorte de estudiantes de medicina comenzó en el 2016, y desde las asignaturas específicas se les está impartiendo conocimientos emocionales, con la esperanza de que aprendan sobre emociones. Si nos preguntamos, ¿mejorarán las competencias emocionales de nuestros egresados médicos? No tengo la certeza, pero los antecedentes de investigación me hacen pensar que habrá mejoras. Por ello, esta tesis doctoral tiene por objetivo, comparar en la Residencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad, las competencias emocionales de los médicos formados en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada, con un perfil del egresado que considera las emociones, con respecto a otros médicos, provenientes de otras facultades.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los pensadores que dedicaron su vida a jerarquizar las emociones en el mundo de la educación y la salud, al entusiasmo que han tenido a lo largo del tiempo.

Agradezco a las instituciones y personas que contribuyeron para hacer posible la realización de esta tesis doctoral, apoyo sin el cual habría sido imposible realizar tal trabajo.

Agradezco a las dos instituciones educativas, IUCS -Fundación Barceló y a la Universidad de Concepción del Uruguay - UCU, por haberme concedido la beca de estudios para la realización del Doctorado en Ciencias de la Salud, a sus valiosas autoridades, a los dedicados docentes del Doctorado, a mi Directora de tesis, por su amorosa disposición y sus correcciones asertivas. Todos me brindaron su apoyo, con admirable benevolencia, procurando mi crecimiento, y el constante estímulo, alentando, pero a su vez poniendo confianza en la propia capacidad para asumir y resolver este desafío, siempre presentes en todo este largo proceso de maduración intelectual y emocional.

También deseo dar las gracias a los Residentes y Autoridades Sanitarias encuestadas cuya cooperación fue muy valiosa para obtener los datos en la investigación.

Finalmente, merecen un especial agradecimiento mis seres queridos: mi esposa, mis hijos y mis nietas, que el don de sus vidas dan sentido a la mía.

Ricardo Alfredo Masramón.

Concepción del Uruguay, 21 de noviembre de 2017

Contenido

Prólogo	1
Introducción	8
Capítulo I. Planteamiento del Problema.....	10
Marco Contextual.....	10
Antecedentes del Problema	12
Planteamiento del Problema.....	12
Preguntas generales.....	13
Preguntas específicas.	13
Justificación de la Investigación	13
Antecedentes de la Investigación (Estado del Arte)	15
Organizaciones y Congresos Internacionales sobre IE.	15
Investigaciones empíricas.	17
Capítulo II. Marco Teórico	23
Definición del concepto.	24
Los diferentes tipos de emociones.	26
Las aportaciones de las neurociencias.....	30
Surgimiento y Desarrollo de la Inteligencia Emocional	37
Modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey	40
Los procesos psicológicos en el desarrollo de la IE (Modelo Mayer - Salovey).....	41
Instrumentos de Evaluación aplicados al Modelo de IE de Mayer y Salovey	44
Escala rasgo de meta conocimiento emocional TMMS-24.....	45
Educación Emocional.....	48
Concepto.	48
Fundamentos de la Educación emocional.	49

El camino a la Educación emocional.	50
La educación emocional de los médicos.	53
Competencias Emocionales	54
Definición del concepto Competencia emocional.....	54
Modelo de Competencias Emocionales del GROPE.....	56
Las competencias emocionales en los médicos.	60
Capítulo III. Hipótesis y objetivos	63
Hipótesis y objetivos	63
Hipótesis.....	63
Objetivo general.	63
Objetivos específicos.	64
Capítulo IV: Materiales y métodos	65
Tipo de Investigación.....	65
Participantes.	66
Fuentes de Datos	67
Criterios de Validación y Confiabilidad.	67
Instrumentos de Recolección de Datos.	68
Procedimiento en la Aplicación de Instrumentos.....	69
Aplicación de Instrumentos.....	70
Capítulo V: Análisis y Discusión de los Resultados	71
Resultados obtenidos con el Instrumento A sobre Inteligencia emocional percibida.....	71
Resultados obtenidos con el Instrumento B. Entrevistas.	75
Validez.	81
Análisis de Datos.....	82

Análisis de los datos obtenidos sobre inteligencia emocional percibida en los Residentes Médicos y la información proveniente de las entrevistas.....	82
Capítulo VI: Conclusiones	88
Limitaciones	90
Futuras líneas de investigación	90
Lista de Referencia.....	91
Bibliografía sobre Metodología de la Investigación	100
Apéndice	101
Apéndice A. Permiso Institucional y Cartas de consentimiento de usos de la información a Residentes y Autoridades.	101
Permiso institucional.....	101
Carta de consentimiento de usos de la información para Residentes.....	102
Carta de consentimiento de usos de la información para Autoridades Sanitarias.....	103
Apéndice B. Instrumentos utilizados	104
Evaluación.....	106
Plantilla de entrevista para Residentes.....	108
Plantilla de entrevista para Autoridades Sanitarias.....	109
Anexo	111
Anexo A	111
Modelos dominantes en educación médica.....	111
Anexo B	112
Retrato de un estudiante de Medicina. Pablo Picasso. 1907.....	112
Anexo C	113
Dos citas finales.....	113

Resumen

El título de esta tesis doctoral *Médicos en plenitud* tiene su fundamento en la visión e ideal al que aspiramos como Facultad de Ciencias Médicas a través de la formación emocional de los médicos. La plenitud es lo que conlleva al ser médico a su felicidad en lo profesional, lo social y personal. Es la búsqueda del desarrollo de todo su potencial humano.

El modelo teórico propuesto por Mayer y Salovey (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004), donde conceptualizan la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades que componen una inteligencia genuina y que por tanto es posible desarrollar, se nos presenta como el modelo a partir del cual las competencias emocionales, cobran sentido, mayor rigurosidad y coherencia.

Según las investigaciones, tanto nacionales como internacionales, ponen en evidencia, por un lado, el impacto de la Inteligencia emocional en el ámbito aplicado, concretamente, en la etapa de la formación académica y en las prácticas médicas. Por otra parte, como contenido no se desarrolla en la mayoría de los currículos prescriptos, ni en las actitudes y valores de los currículos ocultos. En general, el entrenamiento en habilidades emocionales no ha sido suficientemente considerado en la formación de los profesionales médicos.

La investigación de campo de tipo descriptiva, observacional y transversal aportó los conocimientos empíricos sobre las creencias y actitudes que los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad poseen sobre sus propias emociones y habilidades emocionales, permitiendo obtener un índice de Inteligencia emocional percibida (IEP) de dichos profesionales, que junto con la entrevista, dan a conocer sus necesidades emocionales, es decir, el currículo emergente. Otro aporte, son los fundamentos de las Autoridades de Salud de la Provincia, del Hospital de Alta Complejidad y del Jefe de Servicio de Cirugía, acerca de la necesidad de trabajar la educación emocional en las instituciones académicas y en el entorno sanitario. Con esta investigación de campo y la investigación bibliográfica complementamos los fundamentos sobre la necesidad de implementar el Programa de educación emocional para el desarrollo de las competencias personales y sociales en el diseño curricular del Proyecto de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada.

El desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona del médico y la integración con las demás competencias dará como resultado una buena relación médico-paciente y por consiguiente un médico en plenitud.

Palabras claves: Educación emocional, inteligencia emocional, competencias emocionales (personales y sociales), diseño curricular (prescripto, oculto, emergente), educación médica de grado y continua.

Introducción

Hasta el siglo pasado el Currículum tradicional en la Educación Superior estaba orientado al desarrollo exclusivo de la inteligencia cognitiva, dejando la inteligencia emocional fuera del diseño curricular. Sin embargo, en la sociedad actual, se ha demostrado que las diversas actividades humanas se encuentran muy arraigadas en los afectos y emociones.(Martin & Boeck, 1997)

La preocupación por la formación de personas capaces de adaptarse a las exigencias del mundo actual se refleja en las recomendaciones de organismos internacionales como la UNESCO (1998a, 1998b), que a través del informe Delors, y otros(1996) propone cuatro pilares en los cuales se debería cimentar la educación para el siglo XXI: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser. Los últimos dos pilares -aprender a convivir y a ser- se encuentran íntimamente relacionados con habilidades sociales y emocionales que ayudarían a los estudiantes a desarrollarse integralmente a lo largo de toda su vida. (Bisquerra, 2009; Vivas García, 2003)

Es necesario que a estos aspectos se le presten especial atención en los procesos académicos implementando Nuevas Prácticas Pedagógicas que garanticen su Formación como se lo viene expresando desde la Declaración de Bolonia (1999) firmada por los Ministros de Educación de diversos países de Europa.

Las Universidades, y específicamente las Facultades de Medicina, han contribuido al Proceso de Bolonia, desarrollando el Proyecto Tunning Europa y Proyecto Tunning América Latina, con un cambio de modelo curricular tradicional por uno que implique la formación integral, con desarrollo de las competencias cognitivas, aptitud y actitudes favorables para la vida, que faciliten la convivencia con los otros (González, Wagenaar, & Beneitone, 2004).

En este contexto académico, dos psicólogos, Peter Salovey, y John Mayer utilizan por primera vez el concepto Inteligencia emocional. Se basa en cuatro habilidades:

La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997, citado en Berrocal y Pacheco, 2005, p.68).

En tanto, en el contexto sanitario los profesionales médicos se enfrentan diariamente a situaciones en las que tienen que recurrir al uso de las habilidades emocionales para adaptarse de forma adecuada a la práctica médica. La ausencia de estas competencias tanto en los

médicos internos de pregrado como en los profesionales médicos de guardia y residentes , conduce a síntomas relacionados al Síndrome de Burnout como agotamiento emocional, despersonalización, desmotivación e insatisfacción, y se caracterizan por el distanciamiento afectivo, maltrato profesional y el cinismo (Albanesi de Naseta & Naseta, 2006; Ortiz-Acosta & Beltrán-Jiménez, 2011).

En este marco de referencia, donde percibimos por un lado, esta realidad sobre las necesidades de los médicos, y por otro la visión de los gobiernos y las aspiraciones de las Universidades, es cuando la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada, se encuentra elaborando el Proyecto de la carrera de medicina en el cual se propone un diseño curricular que considere las competencias emocionales en el perfil del egresado a través de un programa basado en inteligencia emocional y la implementación de métodos de evaluación que aseguren el logro de estas competencias, las que puedan ser transferidas tanto al ámbito universitario y profesional, como al social y familiar.

Consideramos que los estudiantes de medicina requieren saber cómo responder emocionalmente en diversas situaciones tanto personales como en cuestiones médicas. Para ello es necesario sensibilizar a los docentes que están a cargo de la enseñanza, para que consideren el tema de la inteligencia emocional como una asignatura pendiente en la formación médica y desarrollen el compromiso de llevar adelante esta misión.

Interpretamos que la misión de nuestra Facultad es allanar las dificultades y necesidades emocionales de los profesionales médicos teniendo como visión las propuestas de transformación en la educación superior. La educación de la inteligencia emocional como proceso educativo, continuo, permanente, potenciará el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona y la integración con las demás competencias dará como resultado una buena relación médico-paciente y por consiguiente un médico en plenitud.

Valoramos la oportunidad de esta investigación para enriquecernos en la concientización y comprensión de una necesidad emergente y la posibilidad de conocer e integrar lo nuevo para formar a médicos y organizaciones sanitarias de excelencia, a través de un diseño curricular en el que convivan de forma inteligente la eficacia técnica y el humanismo, y de esta manera se potencie el desarrollo de la personalidad integral de los egresados médicos, facilitadora del bienestar personal, emocional, social.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

Marco Contextual

La época actual, es definida desde hace un tiempo- entre 10 y 15 años- como la “Sociedad del Conocimiento”. Esta sociedad se caracteriza por la rapidez y radicalidad de los cambios que se viven, se requiere de determinados conocimientos, habilidades y actitudes para poder enfrentarlos y adaptarse a ellos. Las universidades, encargadas tradicionalmente de investigar, de enseñar y de difundir nuevos conocimientos tienen en ella, un papel preponderante que llevar a cabo. (David & Foray, 2002)

En el ámbito de la medicina, las transformaciones en los servicios de salud y en el ejercicio profesional, las nuevas expectativas hacia los profesionales de la salud, repercuten en demandas hacia los formadores; es decir la responsabilidad del cambio recae en las facultades de medicina en esta emergente Sociedad del Conocimiento (Ochoa Pacheco, 2013).

Esta situación a nivel mundial, ha impactado en la Argentina de las últimas décadas donde se han producido cambios en la sociedad como, el envejecimiento de la población, las transformaciones en los estilos de vida de los individuos, las familias, las comunidades y el trabajo, lo que va configurando un nuevo perfil epidemiológico, con nuevas formas de enfermar y morir de nuestras poblaciones.

El ajuste de las carreras a las necesidades de las sociedades a nivel local y global es un elemento de relevancia innegable. Se proponen alternativas para lograr lo óptimo del egresado, como dotar a los estudiantes de competencias y habilidades flexibles, que puedan aplicarse y reactualizarse a lo largo de su vida. La Ley Nacional de Educación Superior de la República Argentina, siguiendo estos lineamientos, en su artículo 12, establece que son deberes de los docentes “actualizarse en su formación profesional y cumplir con las exigencias de perfeccionamiento que fija la carrera académica”

Ante las expectativas planteadas por la Sociedad del Conocimiento, se presentan propuestas desde las Facultades de Medicina, la UNESCO, y los Organismos Internacionales relacionados con la salud:

- En el Libro Blanco (2005) de la titulación de Medicina, elaborado por la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas, se evaluó la implementación en la educación médica del modelo educativo por competencias profesionales integradas, tanto específicas como genéricas.

- Contemporáneamente, la UNESCO (2005) en el Informe Mundial “Hacia las Sociedades del Conocimiento” destaca que la Teoría de las Inteligencias Múltiples y la noción de Inteligencia Emocional propician nuevas prácticas pedagógicas.p.68

- La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, sostienen en la publicación acerca de “La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud” , que la construcción curricular por competencias significa el establecimiento y consolidación de profundas relaciones entre las Facultades de Medicina, los estudiantes y los Centros de salud. Esta interacción permite definir en caso necesario, las modificaciones pertinentes en el diseño curricular que aseguren el desarrollo de las competencias adaptadas a la realidad social (Borrell & Godue, 2008).

- Lo que se ha dado en llamar el “nuevo profesionalismo médico” tomó cuerpo de doctrina tras la publicación en 2002 de los resultados de un proyecto conjunto del Colegio Americano de Médicos, el Colegio Americano de Internistas y la Federación Europea de Medicina Interna. La propuesta es que este proceso sea explícito, que los valores y creencias que conforman la profesión formen parte de la enseñanza de la Medicina y sean evaluados. (Infante Campos, 2011)

Creemos, que es necesario que se pongan a disposición de los alumnos desde que ingresan a la facultad de medicina, un diseño curricular que ofrezca tanto los conocimientos técnicos más evolucionados sobre las enfermedades, la promoción y prevención de la salud, así como también promueva la medicina humanística, donde se le dé importancia a la educación explícita de las emociones dado los beneficios académicos, personales y sociales que ello conlleva.

Desde nuestra experiencia, en general, en el diseño curricular de las Facultades de Medicina se enfatizan los aspectos cognitivos y se deja de lado las emociones junto a las actitudes y valores tan importantes para el desarrollo personal y la convivencia. Las habilidades de relaciones interpersonales e intrapersonales se proponen en el perfil del egresado de la carrera, pero no figuran en los planes de estudio, considerando que pertenecen al currículo oculto.

Asimismo, por el sistema de organización de las Facultades y Escuelas de Medicina, les resulta muy difícil llevar a cabo las modificaciones a la curricula. En el artículo “Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud” se sostiene que *“este proceso encontrará sin duda importantes obstáculos y parece estarse desarrollando más rápidamente en las facultades y escuelas de nueva o reciente creación”* (Infante Campos, 2011, p. 2728)

Es por ello, que teniendo en cuenta este marco de referencia, consideramos una oportunidad para implementar en el diseño curricular de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina

de Gestión Privada, junto con las competencias específicas, las transversales o genéricas como son las emocionales.

Antecedentes del Problema

Desde el ámbito educativo, Francisco Mora, Doctor en Medicina y Neurociencia, exhorta a potenciar el trabajo conjunto del binomio cognición-emoción. Sostiene que esta educación tanto cognitiva como emocional se debe implantar en el alumno, como una semilla, desde los primeros años (Mora, 2012). Estas serán las competencias personales y sociales que junto con las técnicas, determinarán su modo de ser médico.

Precisamente, el ejercicio de la profesión médica requiere de un equilibrio emocional que va más allá de la preparación técnica. El objetivo de trabajo en esta profesión son las personas, y ello proporciona satisfacciones emocionales cuando se consiguen las metas terapéuticas marcadas, pero también en los momentos de conflicto puede producir insatisfacciones y generar emociones negativas (Ortiz-Acosta y Beltrán-Jiménez, 2011).

Consideramos necesario diseñar, planificar e implementar un programa que provea de las herramientas que desarrollen las habilidades de la inteligencia emocional. Se lo debe llevar a la práctica a lo largo de la formación académica, ya sea a través de la interacción con las asignaturas académicas, módulos o asignaturas específicas que conforman el currículo. Es fundamental el refuerzo continuo para lograr su incorporación al repertorio de las competencias.

La plenitud del médico se va a observar en la cortesía, donde sus buenos modales estén sustentados por principios éticos, equilibrio emocional y rigurosidad científica, siempre y en toda circunstancia. Es cuando el profesional ha alcanzado el máximo desarrollo de sus facultades, de su potencial humano, y debe perseverar en esas actitudes.

Planteamiento del Problema

Consideramos que una evaluación adecuada de la Inteligencia Emocional nos permitirá obtener datos muy útiles y novedosos del funcionamiento y los recursos emocionales de Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad, con el fin de potenciar la IE de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada .

Las siguientes preguntas dirigen el proceso de investigación:

Preguntas generales.

¿Qué competencias emocionales se reconocen en si mismo los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad?

¿Qué competencias emocionales pueden reconocerse mutuamente los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad?

¿Qué diferencias existen en las competencias emocionales entre los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad que recibieron formación en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada respecto de Residentes Médicos provenientes de otra formación?

Preguntas específicas.

¿Cuáles son los fundamentos de las Autoridades de Salud para considerar a las emociones como competencias a tener en cuenta en el diseño del currículo?

¿Cuál es el perfil emocional de los residentes médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad?

¿Cuáles son las habilidades emocionales de los médicos residentes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad?

Justificación de la Investigación

El momento histórico que vive la Medicina hoy es una expresión de la cultura moderna: Con un gran desarrollo científico y tecnológico. Lo que ha producido un extraordinario progreso en el conocimiento, en el diagnóstico, en el tratamiento, en la prevención de una enorme variedad de enfermedades, tanto en su etiopatogenia, en su fisiopatología como en los procedimientos especializados diagnósticos y terapéuticos, junto con la creación de sistemas masivos de salud y la incorporación de la medicina al mercado(Horwitz C, 2004).

Estos acontecimientos significativos tienen una gran repercusión en la relación médico-paciente, pilar básico del acto médico, que ha pasado a ser, en la mayoría de los casos una relación técnica, fría, despersonalizada. En este entorno asimismo el médico sufre agotamiento o cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal (Horwitz C, 2004).

Las demandas de la sociedad, especialmente en las últimas décadas, hacia la medicina y a los médicos se orientan hacia una insatisfacción en la relación médico -paciente, emergiendo el concepto de “deshumanización de la medicina”. En Madrid, España, en noviembre de 1997, la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina -ALANAM- abordó el tema de la Deshumanización de la Medicina (Cuéllar-Montoya, 2003) . En este encuentro la

Academia de Medicina de la Argentina, manifestó su posición a través de una Declaración (1997). Su visión es superadora y propositiva:

Es (...) necesario "volver a las fuentes" para reencontrar a la Medicina en lo que siempre ha sido y será; índole y naturaleza precisas únicamente vinculable al único testimonio que la certifica: Su contenido humano.

(...)La Medicina es el hecho radical de auxilio y asistencia, y cada uno de estos actos, intemporalmente, identifica lo humano en cada ser - hombre. (Argentina, Academia Nacional de Medicina, 1997)

Nuestro trabajo de investigación surge en este marco de cambios y cuando estamos diseñando el Plan de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada.

El estudio se enmarcó en una investigación de campo de tipo descriptiva, observacional y transversal. En la primera fase del diagnóstico se llevarán a cabo los siguientes pasos:

- Se aplicarán los instrumentos a Residentes Médicos del Cirugía del Hospital de Alta Complejidad para medir la identificación de sus emociones y las habilidades emocionales que poseen.

- Se realizará una encuesta a las Autoridades de salud del Hospital de Alta complejidad para detectar la necesidad de educar las emociones en los profesionales médicos.

Los resultados de la investigación aportarán, por un lado, el perfil del nivel de las habilidades de inteligencia emocional en este grupo de profesionales médicos y la evidencia de los beneficios personales y profesionales de una IE elevada y por otro, la necesidad de una formación continua en educación emocional para lograr las competencias emocionales.

En este contexto se propone el diseño de un “Programa de educación emocional para el desarrollo de las competencias personales y sociales dirigido a estudiantes de medicina y a médicos en su formación continua” que se articule e integre en forma horizontal y vertical en el plan de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada.

El Programa tiene la intención de que tanto el estudiante de medicina como el médico en los Centros de salud en su relación médico- paciente-familia-comunidad y como integrante de un equipo de salud en una organización sanitaria, desarrollen de manera continua y sistemática las capacidades emocionales para lograr tanto su bienestar personal como social.

A través del diseño de intervenciones educativas en lo emocional, tanto en el currículo de grado, como en Talleres, programas, seminarios, se podrá consolidar las competencias

personales y sociales que junto con las habilidades cognitivas, asegure un profesional de alta calidad cognitiva como humana.

Asimismo, con esta investigación se abrirá un espacio de discusión e interés en relación a las emociones y a la inteligencia emocional en las organizaciones de salud. Este estudio podría ser un referente para otras investigaciones que pongan en evidencia a las emociones en la formación de profesionales médicos y en los Centros de salud.

Antecedentes de la Investigación (Estado del Arte)

Los antecedentes de investigación que se presentan a continuación, muestran el interés de investigadores en dar a conocer la importancia de impulsar el desarrollo de la inteligencia emocional tanto en la educación formal universitaria como en la educación continua de los profesionales. La evidencia empírica se ha dirigido a conocer los efectos de la Inteligencia Emocional en diferentes contextos aplicados, destacando la importancia del desarrollo de la misma durante el proceso de formación profesional.

Palomera, Fernández-Berrocal, & Brackett manifiestan que:

Una de las consecuencias del desarrollo de este ámbito de investigación ha sido la mayor concienciación social sobre la importancia del uso adecuado de las emociones. Esto se ha traducido en un aumento en la demanda de formación en competencias emocionales tanto en el contexto educativo como en el resto de ámbitos profesionales. (Palomera, Fernández-Berrocal, & Brackett, 2008, p.442)

Organizaciones y Congresos Internacionales sobre IE.

El concepto de Inteligencia Emocional ha producido una importante expectativa, generando un nuevo ámbito de estudio, con un progresivo desarrollo de trabajos e investigaciones. A continuación presentamos una breve revisión de las investigaciones más recientes en torno a las aportaciones de la inteligencia emocional:

- La Universidad de Málaga es pionera en España en la investigación sobre inteligencia emocional y uno de los referentes académicos más rigurosos en este campo. En septiembre de 2007 esta Universidad organizó, en la ciudad de Málaga, el I Congreso internacional de inteligencia emocional.

- En el año 2009 se editó un libro sobre las últimas investigaciones en Inteligencia Emocional *Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional .I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*, donde colaboraron los participantes en el Congreso del 2007, así como

con otros investigadores relevantes en el tema. (Fernández-Berrocal, Extremera, Palomera, Ruiz-Aranda, Salguero, & Cabello, 2009)

- En el año 2009 se reunió el II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional en Santander en el que se revisaron los modelos conceptuales existentes de la Inteligencia Emocional. Los resultados fueron publicados en el libro *Inteligencia Emocional: 20 años de investigación y desarrollo*. (Fernández-Berrocal, Extremera, Palomera, Ruíz-Aranda, Salguero y Cabello, 2011).

- En la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, funciona el Laboratorio de Emociones, que constituye en la actualidad uno de los referentes de habla hispana sobre la temática. A través de sus revistas científicas realizan publicaciones sobre construcción de instrumentos de evaluación de la inteligencia emocional, proyectos de investigación sobre la repercusión de la inteligencia emocional en diferentes ámbitos y desarrollo de programas de mejora de la inteligencia emocional. (Fernandez Berrocal, 2009)

- En 1997 se fundó el GROPE (Grupo de Orientación Psicopedagógica) del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación (MIDE) de la Universidad de Barcelona que ha publicado diversos trabajos sobre la fundamentación de la educación emocional. (GROPE (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica), 2017)

- La Asociación Aragonesa de Psicopedagogía, ha sido la responsable de la organización del I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional y Bienestar, que se realizó en la ciudad de Zaragoza en el 2013. Esta obra recoge las aportaciones de muchas personas interesadas en la Educación Emocional y la Felicidad. (Orejudo Hernández, Royo Más, Soler Nages, & Aparicio Moreno, 2014).

- Tras la realización del II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional y Bienestar, que tuvo lugar en mayo de 2015 en la ciudad de Zaragoza, la organización ofreció a los participantes ampliar su aportación al congreso en un formato de libro. (Soler Nages, Aparicio Moreno, Díaz Chica, Escolano Pérez, & Rodríguez Martínez, 2016)

- La realización del III Congreso Internacional de Inteligencia Emocional y Bienestar, que se desarrolló en mayo de 2017, está fundamentada en la necesidad de proporcionar un punto de encuentro para dar a conocer las principales investigaciones sobre la inteligencia emocional y las competencias básicas, así como aplicar la inteligencia emocional en los diversos ámbitos: educativo, social, sanitario y laboral. Planas & Orejudo (2017a, 2017 b)

Según se puede apreciar en estos antecedentes, todas las publicaciones que toman como foco la relación entre la IE y el desempeño profesional, se concluye en la necesidad de desarrollar las competencias profesionales de una forma más global y no sólo exclusivamente

técnica, incluyendo habilidades sociales y emocionales, tanto en su formación básica y permanente.

Investigaciones empíricas.

A continuación se presentan investigaciones originales a nivel internacional y nacional, donde se analizan la relevancia de la Inteligencia Emocional en el ámbito de la práctica médica, que van desde, a) las primeras experiencias en la práctica durante la formación de grado, b) las prácticas de formación obligatoria (PFO) en las instituciones hospitalarias, c) la presencia o ausencia de habilidades emocionales en residentes médicos. Estas investigaciones aportan conocimientos científicos sobre las variables que se pretenden estudiar en la presente investigación referida a la Inteligencia emocional de los estudiantes de grado y Residentes Médicos en la práctica médica, y los niveles de logro en las competencias emocionales.

Investigaciones internacionales.

En este apartado presentamos diversos estudios realizados a nivel internacional, que nos muestran la relación entre el comportamiento emocional en las prácticas médicas y la etapa de la formación académica.

- Esta primera investigación que vamos a analizar fue llevada a cabo sobre una muestra extraída cuando los estudiantes de medicina recién comienzan sus prácticas en las instituciones hospitalarias.

Prieto-Rincón, Inciarte-Mundo, Rincón-Prieto, et al. (2008, Enero-marzo) realizaron la investigación: *Estudio del coeficiente emocional en estudiantes de medicina*. Los investigadores plantearon como conclusión que la muestra al ser extraída en alumnos de 3º año de la carrera, quizás no han tenido mucho roce con pacientes y no han podido desarrollar o probar, con situaciones vividas por ellos mismos, su inteligencia emocional. (Prieto-Rincón, Inciarte-Mundo, Rincón-Prieto, et al. (2008, Enero-marzo)

Este antecedente empírico es un referente para nuestro trabajo de investigación, porque nos aporta evidencias sobre el entusiasmo de los estudiantes por ser médicos en los primeros años de la carrera, en el que se observa un nivel óptimo de inteligencia emocional ante las primeras experiencias de la práctica médica.

- La siguiente investigación que vamos a analizar fue llevada a cabo sobre una muestra extraída cuando los alumnos terminaban sus prácticas de formación obligatoria (PFO) en las instituciones hospitalarias.

Ortiz-Acosta, y Beltrán-Jiménez, (2011) presentaron un artículo sobre investigación *Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado* en la Revista de la Fundación Educación Médica. Con esta investigación se puso de manifiesto la importancia de la inteligencia emocional percibida en el médico interno de pregrado porque permite observar una estrecha relación entre la aparición del desgaste laboral o burnout y una baja atención a sus emociones, poca comprensión de sus estados emocionales y dificultades para interrumpir emociones negativas y prolongar las positivas. (Ortiz-Acosta, y Beltrán-Jiménez, 2011)

Estos hallazgos son muy importantes para nuestra investigación ya que evidencian que ciertos factores emocionales deben tenerse en cuenta para explicar el desgaste laboral en el médico interno de pregrado, lo que pone de manifiesto la importancia del estudio de la inteligencia emocional en la educación médica.

- Miranda, Vázquez & García. (2011), publicaron el artículo *Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. El objetivo de la investigación es identificar la relación existente entre el funcionamiento familiar positivo de la familia de origen de los médicos residentes así como las diferencias obtenidas en la medición de la empatía (Miranda, Vázquez & García, 2011)

Del análisis de los resultados del estudio, los investigadores comprobaron que cuando en las relaciones familiares se expresan los afectos, se adaptan o flexibilizan las reglas, de acuerdo con las diferentes situaciones, y se comparte una comunicación abierta y clara puede generarse una percepción positiva o funcional que estará altamente relacionada con el desarrollo de la empatía y con otras habilidades personales y sociales, como lo demuestran los estudios de calidad de vida, asertividad y autoestima, todos ellos relacionados con una práctica médica de calidad. (Miranda, Vázquez & García, 2011)

Teniendo en cuenta este antecedente de investigación, se puede apreciar la importancia que tiene la consideración de estas competencias emocionales en el contexto educativo de la Facultad de Medicina de Gestión Privada.

- Ante la necesidad de medir la IE de los médicos residentes adscritos al Hospital General de México e iniciar una serie de intervenciones para actuar en forma oportuna en aquellos que se hubiesen detectado niveles de vulnerabilidad elevados, se llevó a cabo una investigación observacional, transversal y descriptiva, la que fue publicada con el título de: *Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México* (García-García, J., et al., 2009, octubre-diciembre).

Los autores llegaron a la conclusión de que es importante desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud porque el estrés académico no se soluciona simplemente proporcionando al estudiante herramientas o recursos emocionales que le permitan afrontarlo. Más bien requieren enfoques globales que hagan posible la detección y modificación de aquellos aspectos estresantes de las organizaciones educativas y de los sistemas de salud. El contexto organizacional de los hospitales en general constituye un entorno en el que numerosos estresores ajenos al estudiante, fuera de su control, pueden dificultar la tarea académica y devenir en verdaderos obstáculos para el éxito. (García-García, J., et al., 2009)

Consideramos que este antecedente de investigación pone en evidencia lo planteado en nuestro trabajo, acerca de que es en el ambiente intrahospitalario donde se palpan realmente los problemas educativos, se exploran y perciben gran cantidad de problemas intrínsecos en la formación emocional de la educación médica.

- Soria, Rodríguez, & Gumbau (2006), pertenecientes al equipo WoNT de Prevención Psicosocial, son los autores del artículo de investigación: *Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo*.

Los resultados obtenidos en la evaluación pre-intervención muestran altas demandas y pobres competencias emocionales, altos niveles de disonancia emocional y empatía (sufrimiento empático). (Soria, Rodríguez, & Gumbau, 2006)

Después del taller, se produjeron incrementos en competencia emocional, que podían influir en la disminución del sufrimiento empático. (Soria, Rodríguez, & Gumbau, 2006)

El valor científico y aplicado de este antecedente de investigación es muy importante para nuestro proyecto, porque nos da a conocer la metodología para valorar la eficacia de la intervención realizada en un hospital, a través de la formación emocional de un grupo experimental a largo plazo y su comparación con un grupo control sin esa formación. Esto implica una metodología científica para realizar un cambio planificado en incrementar los indicadores de salud emocional de los trabajadores sanitarios.

Investigaciones en Argentina.

Las investigaciones sobre la Inteligencia Emocional y la implicación que tiene en el sector sanitario, en especial en los médicos, aún no ha sido desarrollada completamente en la Argentina. En este apartado destacaremos las investigaciones que son muestras de interés en la formación emocional como contribución al desarrollo integral de los médicos.

- Flugelman (2014, julio) en el artículo titulado *Habilidades relacionales: una estrategia para su enseñanza* presenta el dispositivo piloto desarrollado en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) para la enseñanza y aprendizaje de las habilidades que integran las competencias interpersonales. El propósito de este proyecto era subsanar las dificultades observadas en las habilidades relacionales de los alumnos del último año de la carrera.

Se llegó a la conclusión que es importante brindarles un espacio previo a su práctica como médicos graduados para que desarrollen estas habilidades y tomen conciencia de la relevancia del saber poder hacerse cargo de las emociones y turbulencias de sus pacientes y de las propias. (Flugelman, 2014)

Valoramos este trabajo de investigación en la Argentina, como una muestra de iniciativa de una Facultad de Medicina de larga trayectoria que pretende incorporar formalmente las competencias emocionales en la educación médica ante la ausencia de esas habilidades en sus estudiantes.

- El Dr. Carlos D. Tajer, Director de la Revista Argentina de Cardiología (2011, septiembre-octubre), en el artículo titulado *La formación cultural y humana del cardiólogo. Una propuesta práctica.*, es contundente acerca de esta emergencia educativa del médico al expresar:

“Tomar conciencia de que no estamos haciendo nada por mejorar la compleja realidad de la formación emocional y humanística de los médicos jóvenes nos debe colocar en el punto de partida de un cambio que está totalmente en nuestras manos”.p.482

Manifiesta además que:

La mayor parte de los programas de formación de posgrado en las residencias, escenario real de la actividad asistencial de la especialidad, no tienen contemplada la exploración de la relación médico-paciente ni las metodologías para su entrenamiento, ni mucho menos la reflexión sobre los conflictos emocionales de la carrera. p.479

En esta Revista de Educación Médica se describe la propuesta del grupo de trabajo del Hospital Italiano para superar las carencias señaladas de los programas de residencia, en las que se utiliza la narrativa como herramienta. El proyecto está orientado a mejorar aspectos de la comunicación médico-paciente y reflexionar acerca de la ética de la práctica cotidiana, trabajando con estudiantes, residentes y médicos de staff del Departamento de Pediatría. (Tajer, 2011).

- Asimismo en el artículo *Medicina narrativa en Pediatría.*, se describe una experiencia realizada en el marco del Programa de Salud Médica del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. (Carrió, De Cunto, Cacchiarelli, et al., 2008)

Precisamente en este espacio, los residentes plantearon la necesidad de un entrenamiento para mejorar la comunicación con los pacientes. Ello significó una oportunidad para trabajar en la prevención de reduccionismos biotecnológicos, al valorar tanto la experiencia humana y la emoción, como la información científica. (Carrió, De Cunto, Cacchiarelli, et al., 2008)

Consideramos que estas intervenciones desde lo emocional y cultural, buscan mejorar aspectos de la comunicación médico-paciente y reflexionar acerca de la ética de la práctica cotidiana, generan una posibilidad de enriquecimiento a través del conocimiento en otros planos de los compañeros de trabajo, a pensarse en su rol como médico y hacer así explícitos pensamientos y sentimientos que hasta ese momento no tenían ni ámbitos ni canales habituales de expresión.

- El siguiente trabajo de investigación, titulado *Prevalencia del Síndrome de Burnout y estrategias preventivas en profesionales de la salud un Hospital General del Conurbano Bonaerense*, fue llevado a cabo por la becaria Mariana Andrea Maruco, en el año 2008.

Se llegó a la conclusión que para mejorar este problema se debe actuar en tres direcciones: el nivel organizacional, con programas desarrollados para la prevención del estrés crónico, el nivel interpersonal, con el entrenamiento en habilidades sociales, y el nivel individual, existen diversos procedimientos para favorecer la capacidad de adaptación (regulación emocional) y afrontamiento de las personas al estrés que produce la organización hospitalaria. (Marucco, 2008)

Valoramos este antecedente de investigación para nuestro proyecto, porque los profesionales médicos toman conciencia de la necesidad que las instituciones sanitarias deben crear mejores condiciones de trabajo y aportar programas que promuevan una mejor calidad de vida, reflexión personal y auto protección.

- De Espínola, Blanca-Melis, González, et al., (2002), publicaron el artículo de investigación *Los graduados de medicina evalúan la pertinencia de la formación médica*. Para ello analizaron las percepciones de una muestra de graduados de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste Argentino (UNNE), respecto a la formación médica recibida y las competencias médicas adquiridas.

Los investigadores, en las conclusiones, subrayaron la opinión de los graduados acerca de sus necesidades educativas:

(...) debe destacarse que cuando los graduados evalúan las competencias clínicas adquiridas en la carrera de grado, tienden, en general, a sostener que fueron mejor capacitados en un conjunto de competencias que podrían asociarse más claramente con un modelo médico tradicional. En cambio, se consideraron menos capacitados en las nuevas competencias que hoy se exigen a los médicos y que están más vinculadas con las dimensiones sociales y humanas de la profesión médica. En este sentido, los propios egresados manifiestan, en un 55%, que, precisamente, los aspectos éticos y humanísticos son los más importantes en el ejercicio de la profesión médica, si se los compara con el dominio de conocimientos y tecnologías. (De Espínola, Blanca-Melis, González, et al., 2002, p. 4).

Estimamos que la opinión de los médicos, que tienen una experiencia profesional de 10 años, sobre la necesidad de formación en las dimensiones sociales y humanas como fundamentales para el ejercicio de la medicina, es un antecedente que fortalece nuestro proyecto.

Las investigaciones que hemos citado, tanto a nivel internacional como nacional, confirman que la mayoría de las poblaciones estudiadas, ya sea como estudiantes de medicina, residentes médicos o como médicos empleados del sistema de salud, poseen un déficit de habilidades de IE. Con ello ratificamos la necesidad de trabajar desde el ámbito educativo y sanitario en el desarrollo de programas para la formación integral continua en el ser y convivir tomando como elemento esencial el entrenamiento en las habilidades de la inteligencia emocional, a través de la articulación y coordinación del Hospital con la Universidad.

Las palabras de Patricio F. Jacovella Doctor en Medicina, Magister en Educación Médica y Profesor Adjunto de Cirugía (UBA), expresadas en el artículo *Reflexiones sobre Educación Médica*, son la brújula que nos indica hacia donde nos debemos orientar para lograr los mejores profesionales médicos que necesita esta sociedad.

El compromiso de los responsables de la gestión educativa es desterrar modelos mentales rígidos y anticuados (Antognazza, 1993), para dar lugar a las disciplinas de las organizaciones inteligentes (Senge, 1996) que sin dejar de lado los aspectos intelectuales de excelencia, incluyan la inteligencia emocional (Goleman 2000.). (Citados en Jacovella, 2015, p. 43)

Los fundamentos pedagógicos existen y deben ponerse en práctica. Simplemente se debe tener el firme deseo de compromiso con la sociedad para lograr mejores profesionales médicos. De esta manera será beneficiado el principal protagonista y destinatario de la educación médica: el paciente. Jacovella, (2015, p. 43)

Capítulo II. Marco Teórico

Se pone de manifiesto a lo largo de los antecedentes de investigación, que promocionar la inteligencia emocional es promocionar el bienestar y la felicidad y todo ello, gracias a la educación emocional y a la puesta en práctica de las competencias emocionales.

La evidencia empírica muestra que la inteligencia emocional proporciona un marco teórico para conocer los procesos emocionales y poder trasladar este conocimiento a la formación de los profesionales de la medicina para potenciar la calidad de nuestro sistema sanitario.

En este capítulo se presenta un marco general de la inteligencia emocional, y los fundamentos de la educación emocional para desarrollar las competencias emocionales, que demuestran que el hecho de sentir, pensar y decidir es un trabajo conjunto del binomio razón y emoción.

Todo ello nos brinda el marco sustentable para proponernos lograr como objetivo general de nuestro trabajo, como lo hemos señalado, la descripción y comparación de las competencias emocionales del grupo experimental integrado por los médicos residentes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad que pasaron por el Programa de educación emocional para el desarrollo de las competencias personales y sociales del diseño curricular del Proyecto de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada, respecto del grupo de control formado por médicos con otra formación. En el grupo de control analizaremos, a corto plazo, la presencia o ausencia de las variables Inteligencia emocional y competencias emocionales, para comparar, a largo plazo, con el grupo experimental educado emocionalmente, los que manifestarán mayores recursos emocionales.

Consideramos que a los fines de nuestros intereses de investigación, es necesario en primer término conocer que son las emociones desde las neurociencias, las ciencias sociales y del comportamiento, para analizar y comprender el concepto de inteligencia emocional. En segundo lugar fundamentar porque elegimos para nuestro trabajo el modelo de habilidad de Inteligencia Emocional y la metodología de evaluación del modelo, y finalmente describir las competencias emocionales y la forma de desarrollarlas a través de la educación emocional.

Las emociones

Reflexionemos sobre la naturaleza de las emociones: ¿Qué son?, ¿qué niveles o dimensiones incluyen?, ¿por qué suceden?, ¿para qué sirven?

Históricamente la emoción se ha concebido como la antítesis de la razón. Emociones fuertes como el odio, la cólera e incluso la pasión eran factores que podían romper y desequilibrar las

relaciones dentro de una comunidad. Por esto probablemente se propugnara la educación de la razón y la negación de las emociones ya que la educación es un mecanismo para la socialización. Pero el tiempo ha mostrado que la negación de la emoción no constituye el camino más eficaz para regularla.

Además, como expresa Ledoux, sería inconcebible la vida sin sentimientos ni emociones, sería superficial e incolora, le faltaría valor y significado. Desconoceríamos el placer del amor y la amistad, el dolor de la pérdida de un ser querido, la alegría de un momento festivo, pero también nuestras debilidades como el orgullo herido, el rencor, la soberbia. “...no puede haber mentes sin emociones. Serían almas gélidas, criaturas frías e inertes desprovistas de deseos, temores, penas o placeres”. LeDoux (1999, p.28)

Las emociones, sus definiciones y descripciones tienen una larga historia y sus fundamentaciones estaban exclusivamente basadas en el comportamiento observable. El estudio de las emociones se ha fortalecido gracias a los estudios realizados en el área de las neurociencias. Se han logrado identificar las zonas del cerebro que están comprometidas en las emociones. Al igual que los procesos cognitivos como el lenguaje o la memoria, las emociones se vieron beneficiadas por el desarrollo de tecnologías, como la resonancia magnética y otras técnicas y aparatos de imagenología, que permitieron conocer su respectivo correlato neuronal.

Definición del concepto.

Una de las definiciones más concisas y actuales es la recogida en el Diccionario de Neurociencia de Mora y Sanguinetti (2004) que se refiere a la emoción como “una reacción conductual y subjetiva producida por una información proveniente del mundo externo o interno (memoria) del individuo. Se acompaña de fenómenos neurovegetativos. El sistema límbico es parte importante del cerebro relacionado con la elaboración de las conductas emocionales” citado por Mora (2012, p.14).

La neurobiología tiene como cuestión esencial determinar como el cerebro procesa la información emocional. El neurocientífico Francisco Mora nos explica que son las emociones y nos aclara los conceptos implícitos en la anterior definición, acerca de los niveles de la emoción.

La reacción conductual/expresivo hace referencia a las respuestas del organismo ante aquellas situaciones que son desagradables (peligro, dolor, desagrado) o bien si son estímulos placenteros (alegría). Estas reacciones expresivas como, patrones posturales, expresión facial, el tono de voz, obedecen a mecanismos universales codificados en el cerebro desde hace

millones de años, en cualquier especie animal. Es un mecanismo puesto en marcha de modo automático, con el fin de realizarse en el menor tiempo posible, que sirven para defendernos de estímulos nocivos o aproximarnos a estímulos placenteros o recompensantes. Es una reacción inconsciente, que favorece la supervivencia biológica.(Mora, 2012, p.14).

En esa reacción emocional, además se activa una parte específica del sistema nervioso que se conoce como el sistema nervioso autonómico o vegetativo (SNC). La función de estos fenómenos vegetativos consiste en producir, junto con la conducta, cambios en los sistemas y aparatos del organismo, como los patrones de respiración, el ritmo cardiaco, las contracciones estomacales, sudoración, sequedad de boca, etc., los que son involuntarios. Estos sistemas van a preparar al organismo para actuar de manera rápida ante un estímulo que suscite una reacción emocional. Además, existe una subdivisión que se conoce como sistema simpático o parasimpático, según se trate de una reacción de dolor o de placer. Es una reacción fisiológica/adaptativa.(Mora, 2012, p.14)

Por otra parte, en el ser humano, las emociones se hacen conscientes. En el sistema límbico se produce la interpretación cognitiva de la experiencia emocional. Se lleva a cabo un proceso de discriminación, etiquetación, atribución, interpretación y valoración, etc. Esa sensación consciente de una determinada reacción emocional son los sentimientos. Es una reacción cognitiva/subjetiva.(Mora, 2012, p.14).

Es decir, el sentimiento sería la suma de la emoción instintiva y breve, junto con el pensamiento que obtenemos de forma racional de esa emoción. Este agregado sentimental que posee el ser humano le permite gestionar las emociones e ir más allá de los estímulos inmediatos biológicos, sociológicos o depositados en la memoria, lo que lo empuja al logro de la felicidad. Mora (2012)

Las emociones tienen un papel muy relevante en nuestras vidas y correcto desarrollo como individuos ya que nos sirven de mecanismo de alarma ante estímulos específicos y hacen que las respuestas del organismo sean flexibles, para que ejecute eficazmente una conducta exigida por las condiciones ambientales (adaptativa). Nos mueven o empujan a conseguir o evitar lo que es beneficioso o dañino para el individuo. Liberan nuestra creatividad y recursos de afrontamiento (motivacional). Sirven como lenguaje para comunicarnos con los demás, se basa en la expresión de las mismas, que permite a las demás personas predecir el comportamiento que vamos a desarrollar y a nosotros el suyo, lo que facilitan la relación interpersonal y crean lazos emocionales. Esta función es fundamental ya que estamos hechos para pertenecer y tener interdependencia con otros. (Social). Mora (2012)

Consideramos, que si queremos ofrecer una atención médica de calidad, los profesionales médicos deben conocer en primera instancia, que a pesar de ser las emociones poco visibles, están presentes en todo momento de nuestras vidas. En este sentido, Rafael Bisquerra sostiene que sabemos muy poco de las emociones, porque formamos parte de una cultura que se caracteriza por la materialización de las experiencias, y ello nos ha llevado a ignorarlas debido a su invisibilidad. (Bisquerra Alzina, 2016).

Los diferentes tipos de emociones.

Este autor con la intención de visualizar el rico mundo de los fenómenos afectivos que experimentamos ha propuesto un mapa que se parece visualmente a un conjunto de galaxias y, por ello, se le ha denominado «Universo de Emociones». La intención de su elaboración es que sirva de material didáctico en la educación emocional.

En él se representan las emociones básicas según la clasificación de Paul Ekman (miedo, ira, tristeza, alegría, sorpresa, asco) a la cual se añaden otras familias que son importantes desde el punto de vista de la educación: emociones sociales (vergüenza), emociones estéticas, amor y felicidad. En cada galaxia hay un conjunto de emociones con características similares que permiten incluirlas en el mismo grupo. (Bisquerra Alzina, 2016).

En el universo de emociones, dentro de las galaxias, se incluyen las tres grandes negativas (miedo, ira y tristeza) y la positiva: alegría. Pero además, se presenta la galaxia del amor y la de la felicidad como un «*efecto de la expansión del universo*». Si todos nos comprometiéramos con el bienestar general, el universo emocional se expandiría hacia las galaxias del amor y la felicidad. A través de la regulación emocional, proceso consciente que nos permite, controlar, evaluar y modificar nuestras reacciones, podemos avanzar hacia esa dirección. (Bisquerra Alzina, 2016). Este investigador sostiene que las emociones negativas están programadas para procurar la supervivencia. Son más evidentes, frecuentes, intensas y duraderas en nuestras vidas que las positivas, por ello su campo gravitatorio es más pesado. En tanto que las positivas están orientadas a la felicidad, para la cual no estamos programados. Por ello nos advierte que:

Ser felices significa nadar contracorriente: superar el campo gravitatorio de las emociones negativas para intentar acercarse a las positivas (...) las emociones positivas las tendremos que buscar y construir, y no siempre lo vamos a lograr. Pero el esfuerzo merece la pena. (Bisquerra Alzina, 2016, p.25).

Como consecuencia de ello nos parece que experimentamos más emociones negativas que positivas, por el impacto gravitante de las primeras, pero en realidad pasamos la mayor parte

del tiempo en estados emocionales neutros. Una forma de regulación emocional es hacer consciente el bienestar con la participación de la voluntad para lograr pasar del estado emocional neutro al positivo. (Bisquerra Alzina, 2016).

Se reproduce a continuación una estructura del Universo de Emociones (Tabla 1) en la que se citan las emociones más representativas de cada galaxia, a partir de la propuesta presentada en la obra *Psicopedagogía de las emociones*, del mismo autor. (Citado por Bisquerra, 2016)

UNIVERSO DE LAS EMOCIONES	
Emociones negativas	
Miedo	Temor, horror, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia, etc.
Ira	Rabia, cólera, rencor, odio, furia, indignación, resentimiento, aversión, exasperación, tensión, excitación, agitación, animadversión, animosidad, irritabilidad, hostilidad, violencia, enojo, celos, envidia, impotencia, desprecio, acritud, animosidad, antipatía, resentimiento, rechazo, recelo, etc.
Tristeza	Depresión, frustración, decepción, aflicción, pena, dolor, pesar, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desgana, morriña, abatimiento, disgusto, preocupación.
Asco	Aversión, repugnancia, rechazo, desprecio.
Ansiedad	Angustia, desesperación, inquietud, inseguridad, estrés, preocupación, anhelo, desazón, consternación, nerviosismo.
Emociones positivas	
Alegría	Entusiasmo, euforia, excitación, contento, deleite, diversión, placer, estremecimiento, gratificación, satisfacción, capricho, éxtasis, alivio, regocijo, humor.
Amor	Aceptación, afecto, cariño, ternura, simpatía, empatía, interés, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, devoción, adoración, veneración, enamoramiento, <i>ágape</i> , gratitud, interés, compasión.
Felicidad	Bienestar, satisfacción, armonía, equilibrio, plenitud, paz interior, tranquilidad, serenidad, gozo, dicha, placidez, etc.
Emociones ambiguas	
Sorpresa	La sorpresa puede ser positiva o negativa. En esta familia se pueden incluir: sobresalto, asombro, desconcierto, confusión, perplejidad, admiración, inquietud, impaciencia. Relacionadas con la sorpresa, pero en el otro extremo de la polaridad pueden estar anticipación y expectativa, que pretenden prevenir sorpresas.
Emociones sociales	Vergüenza, culpabilidad, timidez, vergüenza ajena, bochorno, pudor, recato, rubor, sonrojo, verecundia.
Emociones estéticas	Las emociones estéticas son las que se experimentan ante las obras de arte y ante la belleza.

Grandes constelaciones	
Constelación de las emociones negativas	Miedo, ira y tristeza (con asco y ansiedad).
Constelación de las emociones positivas	Alegría, amor y felicidad.
Fenómenos afectivos diversos	
Las <i>emociones ambiguas</i> también van navegando alrededor de otras galaxias. La <i>sorpres</i> a puede ser positiva (alegría) o negativa (miedo, ira, tristeza).	
Las <i>emociones sociales</i> pueden tener polaridad positiva y negativa, y se extienden por todo el universo de emociones a modo de materia interestelar.	
Las <i>emociones estéticas</i> también pueden tener valencia positiva o negativa y forman una especie de materia intergaláctica que se puede extender por todo el universo.	
Los <i>valores y actitudes</i> se entremezclan con las emociones, dando como consecuencia una predisposición a actuar a favor o en contra de algo o de alguien. En este sentido son como cometas que navegan por todo el universo.	
La <i>pasión</i> es como un asteroide o cometa que navega entre diversas galaxias (tristeza, amor): «pasión y muerte de Cristo», «amor pasional», pasión por la música, «es apasionante».	
Materia oscura	
La materia oscura emocional está formada por el pozo de las emociones negativas (miedo, ira, tristeza), que forma una constelación que es un campo gravitacional de grandes fuerzas, que pueden absorber toda la energía del ser humano.	

Tabla 1. *Nota.* Recuperado de Universo de las Emociones: la elaboración de un material didáctico de Bisquerra Alzina, R. (2016a).

En la práctica médica, ámbito específico en el que se desarrolla esta tesis doctoral, es necesario aclarar para evitar concepciones erróneas, que el hecho de distinguir emociones positivas o negativas no ha de significar que unas sean buenas y malas las otras. En realidad, todas tienen su función adaptativa, para asegurar la supervivencia y progresar hacia el bienestar. La determinación valorativa en términos de bueno o malo respecto de las emociones y sentimientos puede inducir a prejuicios que lleven a actitudes de negación y exclusión de determinadas emociones. Como médicos, ver las emociones negativas que hay en nuestro propio interior y en el mundo no es pesimismo, sino un esfuerzo por comprender lo que destruye nuestro proyecto de ser médico en plenitud, y tener compasión ante los que sufren. Como nos propone Bisquerra, lo importante es ser consciente de las emociones y expandirlas hacia las galaxias de la felicidad y el amor.

Las aportaciones de las neurociencias.

Las investigaciones en Neurociencia llevadas a cabo por científicos como, Martin y Boeck, Ledoux, Damasio, Ekman, han hecho contribuciones valiosas al respecto, basados en estudios de laboratorio con primates, neuroimágenes y observaciones de las expresiones faciales, que muestran que las emociones juegan un papel fundamental en las relaciones con los semejantes y con el entorno.

El cerebro cognitivo y el cerebro emocional.

Martin y Boeck, sostienen la simbiosis de la emoción y la razón en el sugestivo capítulo *Siento, pienso, luego existo*. De acuerdo a sus investigaciones, la parte de nuestro cerebro dedicada a los pensamientos se desarrolló a partir de la región emocional, y estas dos zonas cerebrales siguen estado muy vinculadas mediante circuitos neuronales, esto significa que hay una relación entre pensamientos, sentimientos y emociones.

Estos autores en el capítulo *El mundo de las emociones*, nos explican las interacciones reciprocas entre las tres zonas del cerebro: el bulbo raquídeo, el sistema límbico y el neocortex:

- El bulbo raquídeo es la parte más primitiva del cerebro y la que regula las funciones básicas como la respiración, el latido cardíaco o el metabolismo;

- Inmediatamente por encima del bulbo está el sistema límbico, sede de las emociones, gracias a las que los primeros seres humanos pudieron reaccionar para adaptarse a las exigencias de un entorno cambiante, y pudieron desarrollar la capacidad de identificar los peligros y evitarlos; por lo tanto, el sistema límbico está relacionado a la memoria y al

aprendizaje. En esta zona está la amígdala, sede de los recuerdos emocionales y que nos permite dar un sentido a nuestras experiencias, porque permite reconocer las cosas que ya hemos visto y darle valor.

- Por encima del sistema límbico encontramos el neocortex, que nos diferencia del resto de las especies, porque nos permite tener sentimientos, lenguaje, comprensión de símbolos, arte, cultura, civilización, es decir, nos permite sobrevivir y darle un sentido a nuestra vida. (Martin y Boeck, 1997)

Consideramos que es fundamental divulgar el conocimiento científico sobre las emociones en ámbitos como la educación y la salud, a fin de ser cada vez más las personas implicadas en el bienestar general. Como responsables de la formación médica, consideramos que este conocimiento puede dotar a nuestros estudiantes de medicina de un horizonte, de una meta más humana.

Cortocircuito emocional y secuestro amigdalas.

Joseph Ledoux, investigador de neurofisiología, a través del estudio de laboratorio de otras especies, se ha centrado sobre todo en la emoción del miedo. Ha podido seguir las rutas que llevan la información desde los sentidos hasta el cerebro emocional, particularmente a la amígdala, y ha observado cómo en esta se crea una memoria emocional, que condiciona todo nuestro comportamiento y nuestra percepción del mundo. (Ledoux , 1999; Punset,2007; Romero, 2008,)

En su obra *El cerebro emocional* (1999), este profesor de ciencia, neurociencia y psicología en la New York University, da a conocer el protagonismo de la amígdala como núcleo del sistema límbico, así como la importancia del papel que desempeña en el cerebro emocional.

Sostiene que hay dos redes neuronales implicadas en la activación de las emociones, y cuyo elemento central es la amígdala:

- La red corticolímbica, donde los elementos cognitivos de las emociones están mediados por vías que ponen en contacto la amígdala con la corteza cerebral, donde radican las áreas más evolucionadas del cerebro. (Ledoux 1999; Ledoux, 2007; Romero, 2008)

- La red subcortical, que es la que descubre en su investigación, es una vía más corta, que permite a la amígdala recibir señales de los sentidos directamente, lo que activa las emociones sin que intervenga la corteza cerebral y responder con eficacia a los peligros del medio, pero que también puede quedar a disposición del gran poder que tienen las emociones, como el

miedo y la ira, para desbordar a la razón, lo que da lugar al *cortocircuito emocional* y al *secuestro emocional*. (Ledoux 1999; Punset, 2007; Romero, 2008)

Estos hallazgos son revolucionarios para la comprensión de cómo opera la vida emocional y racional en los seres humanos. La red subcortical, que nos permite dar una primera respuesta, se produce de manera inmediata e involuntaria, y representa los patrones de reacción que se han ido desarrollando a lo largo de la evolución humana. (Ledoux, 1999; Punset, 2007)

Sin embargo, la voluntad puede controlar la situación de miedo o ira. En cada persona se da una respuesta específica en función de sus experiencias anteriores. La educación y socialización juegan un papel importante en esta segunda respuesta, desde la red corticolímbica. (Ledoux 1999)

De esta manera LeDoux, no niega el determinismo genético en la formación de las emociones, pero proclama la libertad emocional cuando sostiene que

(...) el modo en que actuamos, pensamos y sentimos en una situación específica viene condicionado por muchos otros factores y no está predeterminado en nuestros genes. Algunas emociones -muchas, tal vez- tienen una base biológica, pero los factores sociales, es decir, cognitivos, también son extremadamente importantes. (Ledoux, 1999, p.152)

Las emociones, según Ledoux (1999), son funciones biológicas del sistema nervioso y el descubrimiento de cómo están representados en el cerebro, nos está ayudando a entender, controlar y gestionar mejor cada una de estas emociones.

Hoy nos encontramos con una completa revolución sobre el conocimiento de las emociones: la persona tiene capacidad para conducir, controlar y manejar las reacciones emocionales, sustituyendo el comportamiento congénito primario por formas de comportamiento aprendidas y sociales, lo que la hace una persona competente emocionalmente.

Consideramos que se debe crear un contexto físico y emocional en el que el Residente médico no sienta amenazas que provoquen el paso a modo supervivencia y desvíe la información del cerebro racional a los centros automáticos de respuesta de lucha o fuga, situación que no promueve el aprendizaje.

Si bien no nos podemos separar de las emociones como el miedo, la ira, las que nos exponen constantemente a perder el control, porque son inherentes al ser humano, también sabemos que nuestro deber como formadores es gestionarlas de la mejor forma posible para desarrollar personas más sanas, dar un vuelco positivo a las relaciones personales y desarrollar todo el potencial humano. Este avance de las neurociencias nos brinda el apoyo científico para

afrontar los retos de la profesión médica, tanto en el escenario de la relación médico paciente, como en la formación y cuidado del médico.

Emociones (Cuerpo) y Sentimientos (Mente).

Antonio Damasio es profesor de la cátedra David Dornsife de neurociencia, neurología y psicología en la Universidad de Southern California donde también dirige el Instituto de Cerebro y Creatividad. En 2005, ganó el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica. Es autor de libros como *La sensación de lo que ocurre*, *El error de Descartes* y *En busca de Spinoza: neurología de la emoción y los sentimientos* (Damasio, 2008).

Sus observaciones han recibido evidencia empírica procedente de los estudios con neuroimágenes (Martínez y Vasco, 2011). Junto a Ledoux, ha revolucionado con las neurociencias el campo de las emociones, dominado hasta este momento por el pensamiento filosófico y las teorías psicológicas.

Sus investigaciones lo llevaron a concluir que las emociones pertenecen al cuerpo y los sentimientos a la mente. De esta manera, las emociones son públicas, pues pueden verse directamente, a través de una expresión facial, o por medio de exámenes. Los sentimientos en cambio siempre están escondidos, pues son imágenes mentales, que tienen lugar en el cerebro. (Damasio, 2005, citado por Martínez y Vasco, 2011)

Damasio nos describe la fase de la emoción y la fase del sentimiento. La experimentación de una emoción, como la del miedo, comienza con un estímulo que desencadena una reacción automática. Esta reacción que se inicia en el cerebro, pasa a reflejarse en el cuerpo, ya sea realmente o en nuestra simulación interna. De esta manera ante un ruido raro, si nos inquieta, nuestro cuerpo cambia: sudorización, frecuencia cardíaca, y pensamos que hay peligro, por lo que debemos tomar decisiones: salir corriendo o quedarnos quieto. Todo ello: el estímulo, la reacción en el cuerpo y las ideas que acompañan esa reacción, constituyen el sentimiento. “Sentir es percibir todo esto, y por eso vuelve a situarse en la fase mental. De modo que empieza en el exterior, nos modifica porque así lo determina el cerebro, altera el organismo y entonces lo percibimos”. (Damasio, 2008)

Este investigador describe a la homeostasis como el resultado de una serie de reacciones que mantienen estables la mayoría de los estados fisiológicos y logran la exitosa regulación de la vida. (Martínez y Vasco, 2011). Desde la fisiología neuronal, cuando hay emociones positivas, hay equilibrio metabólico, de este modo la fisiología, la química interna, funcionan bien, lo que da lugar a un sentimiento de tranquilidad. Sin embargo ante el miedo, o el

enfado, se perturba la fisiología normal, se crea conflicto, se crea falta de armonía, y es entonces cuando se percibe que hay algo que no va bien y que ya no funciona. Las emociones tienen por objetivo regular el proceso vital y promover la supervivencia y el bienestar (homeostasis) para recuperar el equilibrio. (Damasio, 2008)

Este neurocientífico aborda desde la fisiología neuronal de las emociones las consecuencias de ello para la educación. Considera que la sociedad, a través de la educación procura la homeostasis sociocultural, en respuesta a la detección de desequilibrios causados por comportamientos sociales que hacen peligrar la vida en sociedad y de los individuos (Martínez y Vasco, 2011). Sostiene que el objetivo de una buena educación es organizar las emociones a fin de potenciar las emociones positivas en detrimento de las negativas hasta neutralizarlas. Hay que utilizar lo mejor y reducir todo aquello que conduce a la violencia y a la tragedia. Es necesaria la promoción de las emociones más adecuadas para la convivencia social. (Damasio, 2008)

Destaca la interacción entre las emociones con las cuales se procesan las tareas de aprendizaje, y la consolidación de la información. En la formación del conocimiento, junto al aprendizaje y la memoria de los hechos, se produce conjuntamente y de forma automática la señal emocional que termina provocando un sentimiento que proviene de esa emoción, modulando el recuerdo posterior de ese conocimiento, ya sea facilitándolo o deteriorándolo. (Damasio, 2011)

En su obra, *En busca de Spinoza*, rescata elementos sobre el estudio de las emociones. Adopta la idea que tenía Benito Spinoza, racionalista de la filosofía del Siglo XVII, que para contrarrestar una emoción negativa, hay que tener una emoción positiva todavía más fuerte que la neutralice, producida mediante el razonamiento y el esfuerzo intelectual. La propuesta no es que se olviden o contengan las emociones, sino que hay emociones buenas, que hay que conocerlas, hay que utilizarlas para combatir, y hay que luchar contra las emociones incorrectas. (Damasio, 2008)

Damasio afirma que no existen dos categorías de personas, un grupo de personas buenas y otro grupo de personas malas, sino que el ser humano es capaz de todo lo mejor y de todo lo peor, porque como seres humanos tenemos ambos tipos de emociones. Precisamente con las herramientas que nos brinda la educación emocional “(...) estamos anulando el automatismo y la inconsciencia tiránicos de la maquinaria emocional” (Damasio, 2008)

Su postura a favor de la educación de las emociones la expresa durante la entrevista con Eduard Punset:

Es necesario que los líderes políticos y educativos lleguen a entender lo importante que son los conocimientos sobre la emoción y el sentimiento porque muchas de las reacciones que consideramos patológicas tienen que ver con las emociones, principalmente con las emociones sociales, y con la facilidad con la que se desencadenan y la manera en la que conducen a un conflicto social, si son emociones negativas. (Damasio, 2008)

La comprensión de la neurobiología de las emociones y sentimientos es clave para la formulación de principios y políticas capaces tanto de reducir las aflicciones como de aumentar la prosperidad de las personas. De esta manera, consideramos que las instituciones de formación médica, no deben desconocer el aporte de este neurocientífico a la educación, que cree en que las personas pueden cambiar y crecer.

Las expresiones faciales de las emociones.

Otro pionero, como hacíamos mención, es el Dr. Paul Ekman, catedrático de Psicología de la Universidad de San Francisco, experto en la fisiología de las emociones. Hace unos 40 años, cuando a nadie le importaban las emociones, y todavía menos las expresiones faciales de las emociones, se propuso comprobar las hipótesis de Darwin expresada en 1873, en su obra *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales* (Punset, 2008). El investigador planteó que «los principales actos de expresión que tiene el hombre y otros animales inferiores son innatos o heredados, es decir, el individuo no los ha adquirido» (Ledoux, 1999, p.120).

Como prueba de que las emociones son innatas, Darwin había señalado la similitud de las expresiones en una misma especie y entre diferentes especies. Destacó sobre todo que las expresiones faciales son las mismas, tanto en personas ciegas como en los niños, que han tenido ninguna o pocas posibilidades de aprenderlas. Si bien reconoce que las expresiones emocionales, en algunas oportunidades pueden disfrazarse con la fuerza de voluntad, normalmente son actos involuntarios. (Ledoux, 1999)

Paul Ekman, con una cámara fotográfica recorrió diferentes países del mundo para rebatir, en principio, las propuestas de Darwin sobre la universalidad de las emociones. Finalmente el resultado de sus estudios confirmó que la expresión de las emociones genuinas es automática e innata. (Ekman, 2008)

Así como Darwin reconoció que las expresiones emocionales universales normalmente son actos involuntarios, y que en algunas oportunidades pueden disfrazarse con la fuerza de voluntad, Ekman señala además que se pueden controlar con el aprendizaje y la cultura.

Pueden inhibirse, neutralizarse o exagerarse con factores adquiridos mediante el aprendizaje o incluso pueden ocultarse detrás de otras emociones. Usa la denominación «reglas de expresión» para referirse a las convenciones, normas y hábitos que las personas aprenden para controlar la expresión de las emociones. (Ledoux, 1999)

Para Darwin, una función importante en la expresión de la emoción es la comunicación entre los individuos, porque permiten mostrar a los demás el estado emocional determinado en el que se encuentran. Describió algunas expresiones emocionales que son muy relevantes para el bienestar, como percibir la compasión en los demás por su expresión, lo que mitiga el dolor y aumenta la alegría en el otro, y, por tanto, se afianza un sentimiento positivo mutuo. Los movimientos de expresión aportan vivacidad y energía a las palabras que decimos, y revelan los pensamientos y las intenciones de los demás con más precisión que las palabras, ya que éstas se pueden falsear. (Ledoux, 1999)

Ekman retoma la importancia de los gestos en la comunicación, sobre todo en las relaciones personales y sociales que se dan de manera cotidiana en la familia, con amigos y compañeros y recomienda adquirir cuatro capacidades para interpretar o controlar los gestos. La primera es darse cuenta del tiempo que hay entre la emoción y el gesto. En casi todas las personas esto es inmediato e instintivo. La segunda es aprender a ampliar este espacio. La tercera es aprender a ser más sensibles a las emociones de otros. La cuarta capacidad se refiere a maximizar la utilidad del enfado o emoción. Lo que hay que hacer es dirigir y canalizar el enfado hacia la acción que nos ha herido y no hacia la persona, y preguntar sin dejar llevarnos por la emoción. Se trata de que encontremos la solución de los conflictos en las relaciones interpersonales (Ekman, 2008)

En la entrevista que Eduard Punset (2008) le realizó a Paul Ekman, destacó la importancia de estas aplicaciones “...en un contexto médico para evaluar a pacientes que están en riesgo de sufrir enfermedades coronarias... esto quiere decir que la cara, las emociones, se aplican en todas partes y en todo lo que importa, y lo que he hecho es abrir y revelar cómo funciona”.

Apelando al trabajo realizado por Paul Ekman sobre las emociones, que ha identificado con detalle los músculos del rostro que participan en cada emoción, se puede enseñar a los médicos a reconocer en el rostro de los pacientes la manifestación fugaz de un sentimiento. Podemos advertir si miramos atenta y compasivamente al paciente, sus expresiones emocionales, y empezar a sentirnos más comprometidos con él. Esta modalidad proporciona la retroalimentación continua, no sólo de las emociones, sino también de disposiciones o actitudes, favoreciendo la relación médico-paciente. (Lozano, 2000)

Consideramos que en la formación médica, el reconocimiento de emociones en las expresiones faciales es un componente muy importante de las competencias emocionales, facilita la empatía y la interpretación de las reacciones y las conductas de las personas. Esto permitirá una mejor regulación emocional y, por lo tanto, una mejor adaptación al medio social en que se desarrolla la práctica médica.

Además con la aplicación de las técnicas de neuroimagen con las que se obtienen información de cómo funciona el cerebro en vivo durante el procesamiento de una expresión facial emocional, se puede corroborar lo observado en el reconocimiento facial de la emoción. (Gordillo, Pérez, Arana, Mestas, López, 2015).

Surgimiento y Desarrollo de la Inteligencia Emocional

Después de haber analizado el rol de las emociones en la vida de las personas. Nos formulamos ahora la siguiente pregunta ¿cómo utilizamos esta nueva concepción sobre las emociones en beneficio del crecimiento personal y el bienestar? La propuesta es a través de la educación, al integrar los estudios de la mente y del cerebro, lo cognitivo y lo emocional, la inteligencia y la emoción.

La investigación sobre las interacciones entre inteligencia y emoción no es algo nuevo. Lo que ha producido un gran interés en los investigadores en la última década del siglo pasado, es la unión de ambos conceptos en un único constructo: Inteligencia emocional. Estos investigadores, sin despreciar los aspectos cognitivos reconocían el valor de los factores afectivos, emocionales, personales y sociales que predecían nuestras habilidades de adaptación y éxito en la vida. (Martin y Boeck, 1997).

En el campo de la investigación sobre la inteligencia, la dicotomía de lo racional frente a lo emocional favoreció que conceptos como el de Cociente Intelectual (C.I), centrados exclusivamente en destrezas cognitivas, cobraran gran interés y fueran tenidos en cuenta en exclusiva en ámbitos diversos durante décadas.(Berrocal Fernandez & Ramos Diaz, 1999). Pero en los últimos años, la investigación de la inteligencia, con el aporte de las ciencias sociales y del comportamiento y los descubrimientos desde la neurobiología, fue abandonando la segmentación entre pensar y sentir. (Martin & Boeck, 1997).

Así, en 1983, Howard Gardner, neuropsicólogo norteamericano, profesor de la Universidad de Harvard, propuso que la inteligencia sea definida por las operaciones de procesamiento de la información que permiten a las personas solucionar problemas, crear productos o descubrir nuevos conocimientos. (Gardner, 2001).

Sostuvo la existencia de distintas formas de inteligencias conocida como la Teoría de las Inteligencias Múltiples (Lingüística, lógico-matemática, espacial o visual, musical, corporal cenestésica, intrapersonal, interpersonal, naturalista) no centradas solo en el dominio cognitivo (Gardner, 2001). En general explica que los individuos dan múltiples respuestas a desafíos que enfrentan en la vida cotidiana y, para ello, emplean otro tipo de inteligencias diversificadas. (Berrocal y Ramos, 1999).

Su aporte a la educación es muy significativo al integrar los estudios de la mente y del cerebro, en particular por lo que se refiere a la inteligencia intrapersonal e interpersonal, otorgándole un importante papel al conocimiento de uno mismo y a la sensibilidad frente a los otros. (Berrocal y Ramos, 1999).

La primera se refiere al desarrollo de los aspectos internos de una persona, al acceso a la propia vida sentimental, la gama propia de afectos o emociones, a la capacidad para discriminar entre estos sentimientos, darles un nombre, desenredarlos en códigos simbólicos, de utilizarlos como un modo de comprender y guiar la conducta propia. (Gardner, 2001)

Gardner da ejemplos de inteligencia intrapersonal desarrollada:

(...)el novelista (como Proust) que puede escribir en forma introspectiva acerca de sus sentimientos, en el paciente (o el terapeuta) que adquiere un conocimiento profundo de su propia vida sentimental, en el anciano sabio que aprovecha su propia riqueza de experiencias internas para aconsejar a los miembros de su comunidad. (Gardner, 2001, p.189).

La inteligencia interpersonal se vuelve hacia otros individuos. La capacidad más importante es la habilidad para discernir entre los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones de otros individuos. Gardner presenta ejemplo de cómo una persona puede influir en un grupo de individuos dispares para que se comporten según un lineamiento deseado. *“En dirigentes políticos y religiosos (como Mahatma Gandhi o Lyndon Johnson), en padres y profesores hábiles, y en individuos enrolados en las profesiones de asistencia, sean terapeutas, consejeros o chamanes, vemos formas altamente desarrolladas de la inteligencia interpersonal”.* (Gardner, 2001, p.189)

Gardner advierte que en otros ámbitos se encuentran variedad de formas de inteligencia interpersonal e intrapersonal porque cada cultura tiene sus propios sistemas simbólicos, sus propios medios para interpretar las experiencias. Estos aspectos sociales y emocionales habían estado tradicionalmente excluidos de la concepción clásica de inteligencia.

La postura de este neuropsicólogo acerca de la inteligencia personal es de mucho valor para nuestra investigación. Sostiene que esta inteligencia es muy importante tanto en la vida profesional como privada, dado que el manejo y control de las emociones, es un factor

fundamental para aprender a convivir con los otros y lograr un equilibrio personal, por lo que se plantea que debe ubicarse por encima de todas las otras inteligencias, “*Como una forma de inteligencia más amplia; verdaderamente nueva; una forma destinada, en definitiva, a asumir el control sobre las inteligencias de “orden primario”*”. (Gardner, citado en Martin y Boeck, 1997, p.21)

Posteriormente el psicólogo de la Universidad de Yale, Peter Salovey, y su colega John Mayer de la Universidad de New Hampshire, publican un artículo denominado *Emotional Intelligence* en donde por primera vez se usa la categoría inteligencia emocional (1990), refiriéndose a la inteligencia intra e interpersonal, para designar, en un primer momento, la capacidad que tienen las personas de manejar, controlar y conducir sus emociones a través de la mente racional y de esa manera generar procesos de desarrollo personal, social y educativo en armonía. (Extremera, y Fernández-Berrocal, 2004).

En la entrevista a John Mayer en el 2009, durante el II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional, que se celebró en Santander, expresa:

(...) *En 1990 nuestra teoría se refería de percibir correctamente las emociones, de cómo gestionarlas y de cómo pueden potenciar el pensamiento pero no incluimos un área decisiva que luego si añadimos, que la Inteligencia emocional implica comprender las emociones, por lo que nuestra teoría, aun siendo muy similar a la actual, estaba incompleta* Mayer, J. (16 de 9 de 2009)

Este concepto se popularizó cinco años después, en 1995, gracias al psicólogo de Harvard, Daniel Goleman, con la publicación de su libro *Inteligencia emocional* que tuvo la atención mundial. La tesis del libro coincide, con lo que muchas personas intuyen, de que la fría razón, la sola intelectualidad, no son condición suficiente para alcanzar el éxito en la vida cotidiana. (Berrocal y Ramos, 1999; Martin y Boeck, 1997).

Rafael Bisquerra, coordinador del GROPE (Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica) en el Departamento MIDE de la Universidad de Barcelona sostiene que la inteligencia emocional ha marcado nuestra cultura hasta llegar a constituir una *Zeitgeist*. Se denomina así “(...) *al espíritu de una época, la tendencia intelectual o clima cultural, a veces apasionada, que caracteriza un momento dado. El Zeitgeist de finales del siglo XX era favorable a lo emocional*”. (Bisquerra, 2003, p.20)

Los cambios conceptuales y de mentalidad son tan importantes, que se puede hablar de una revolución emocional que afecta a la psicología, la educación y a la sociedad en general. (Bisquerra, 2003). Desde el ámbito educativo se nos plantea, por lo tanto, un nuevo paradigma: nos obliga a armonizar, cabeza y corazón, Inteligencia Académica e Inteligencia Emocional.

De esa manera se abre una serie de campos de investigación sobre la inteligencia emocional, especialmente desde la psicología, la neurociencia y la pedagogía que influirán en la concepción de lo humano. (Berrocal y Ramos, 1999; Vivas García, 2003).

Modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey

En el 2010 se cumplieron 20 años de la aparición del concepto de inteligencia emocional en el campo de las ciencias sociales y del comportamiento (Salovey y Mayer, 1990). En estos años, se han desarrollado diferentes modelos y medidas de IE que podríamos resumir en dos grandes categorías: los modelos de habilidad y los modelos mixtos.

Los modelos de habilidad, como el de Mayer y Salovey (1997) son aquellos que conciben la IE como una inteligencia genuina basada en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación a nuestro pensamiento a través del procesamiento de la información. Defienden una perspectiva cognitivista de la inteligencia emocional. El modelo mixto, como el de Bar-On, y el de Daniel Golemanes una visión muy amplia que concibe la IE como un compendio de rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas. (Fernández-Berrocal, Berrios-Martos, Extremera y Augusto, 2012).

De acuerdo a los avances empíricos sobre la inteligencia emocional (IE) llevados a cabo por diversos grupos de investigación en España, Alemania, Portugal y México, de los modelos de IE existentes, el que más influencia ha tenido en el contexto universitario ha sido el modelo de habilidad de Mayer y Salovey. (Fernandez-Berrocal et al., 2012).

Berrocal y Pacheco (2005), consideran que el interés del modelo Mayer y Salovey estriba en que una habilidad es susceptible de ser modificada, en cambio los rasgos de personalidad son características más estables y duraderas a lo largo de la vida. De esta manera la conceptualización de la IE como una habilidad mental posibilita el desarrollo de programas de mejora.

El modelo de habilidad de Mayer y Salovey considera que la IE se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas, que son:

La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. (Mayer y Salovey, 1997, citado por Fernandez –Berrocal y Pacheco, 2005, p.68).

Los procesos psicológicos en el desarrollo de la IE (Modelo Mayer - Salovey).

Estas habilidades están enlazadas de modo que sin el adecuado desarrollo de alguna de ellas no sería posible desarrollar el resto, por ello primero es necesario ser capaces de identificar nuestras emociones para luego poder regularlas.

Berrocal y Extremera Pacheco (2005, noviembre), presentan el modelo evolucionado de Salovey y Mayer, con cuatro componentes (Tabla 2), que abarcan desde los procesos psicológicos más básicos (percepción de las emociones con exactitud) hasta los más complejos (regulación de las emociones y promoción del crecimiento emocional e intelectual).

REGULACION DE LAS EMOCIONES			
Habilidad para estar abierto tanto a los estados emocionales positivos como negativos	Habilidad para reflexionar sobre las emociones y determinar la utilidad de su información	Habilidad para vigilar reflexivamente nuestra emociones y las de los otros y reconocer su influencia	Habilidad para regular nuestras emociones y las de los demás sin minimizarlas o exagerarlas
COMPRESIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EMOCIONES: CONOCIMIENTO EMOCIONAL			
Habilidad para designar las diferentes emociones y reconocer las relaciones entre la palabra y el propio significado de la emoción	Habilidad para entender las relaciones entre las emociones y las diferentes situaciones a las que obedecen	Habilidad para comprender emociones complejas y/o sentimientos simultáneos de odio y amor	Habilidad para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros
LA EMOCIÓN FACILITADORA DEL PENSAMIENTO			
Las emociones facilitan el pensamiento al dirigir la atención a la información más importante	Las emociones pueden ser una ayuda al facilitar la formación de juicios y recuerdos respecto a emociones.	Las variaciones emocionales cambian las perspectivas fomentando la consideración de múltiples puntos de vista	Los diferentes estados emocionales favorecen acercamientos específicos a los problemas, p.e. la felicidad facilita un razonamiento inductivo
PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES			
Habilidad para identificar nuestras propias emociones	Habilidad para identificar en otras personas, diseños, arte...a través del lenguaje, sonido...	Habilidad para expresar correctamente nuestros sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos	Habilidad para discriminar entre expresiones emocionales honestas y deshonestas

Tabla 2. *Nota.* Recuperado de Modelo revisado de Inteligencia emocional de Mayer y Salovey, 1997. Fuente: Fernandez-Berrocal Extremera (2005a)

Percepción y expresión emocional.

Este es el nivel más bajo y concierne a la habilidad básica de: percibir, valorar y expresar emociones. Incluiría la habilidad de identificar emociones en uno mismo, con sus correspondientes correlatos físicos y cognitivos, como también en otros individuos, junto con la capacidad de expresar emociones en el lugar y modo adecuado. (Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

La facilitación o asimilación emocional.

Hace referencia a la acción de la emoción sobre la inteligencia. Las emociones sentidas entran en el sistema cognitivo como señales que influyen la cognición (integración emoción - cognición). Las emociones dirigen nuestra atención a la información relevante, determina tanto la manera con la que nos enfrentamos a los problemas como la forma en la que procesamos la información. El estado de humor cambia la perspectiva de la persona, desde el optimismo al pesimismo. Las emociones positivas hacen que las personas afronten los problemas desde múltiples perspectivas, analizándolos con optimismo y perseverancia. (Berrocal y Extremera Pacheco, 2005).

En este proceso, la IE. también influye en el rendimiento académico: el CI elevado por sí solo no es suficiente para obtener unos buenos resultados escolares o sociales, también son necesarias otras buenas cualidades, como perseverancia, motivación, ser capaz de sobreponerse a las frustraciones o fracasos, tener confianza en uno mismo. (Martin y Boeck, 1997)

La comprensión emocional.

Este nivel implica la comprensión y razonamiento sobre las emociones. Consiste en el etiquetado correcto de las emociones, comprensión del significado emocional no sólo en emociones sencillas sino también comprender la evolución de unos estados emocionales a otros. (Berrocal y Extremera Pacheco, 2005).

La relación satisfactoria con los demás depende de nuestra capacidad de crear y cultivar las relaciones, de resolver los conflictos personales, de captar los estados de ánimo del otro. Martin y Boeck (1997).

La regulación emocional.

En el cuarto nivel se encuentra el gobierno y regulación de la emoción. Es un conjunto de procesos internos conscientes que nos permiten controlar, evaluar y modificar nuestras

reacciones para alcanzar nuestras metas y objetivos. La regulación emocional es muy relevante y necesaria para el crecimiento emocional o intelectual. (Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Como perspectiva de futuro y en pro de mejorar la calidad de vida del médico y del paciente, entendemos que el desarrollo de estas habilidades emocionales en la educación médica mejorará el bienestar del profesional y con las personas del entorno dado. Esto se observará en las relaciones interpersonales en general, en el rendimiento académico, en las reacciones ante actitudes agresivas y frente a la frustración y los fracasos.

Instrumentos de Evaluación aplicados al Modelo de IE de Mayer y Salovey

Según la definición de IE que hemos analizado, se trataría de la habilidad para unificar las emociones y el razonamiento, utilizar nuestras emociones para facilitar un razonamiento más efectivo y pensar de forma más inteligente sobre nuestra vida emocional.

Para comprobar esta hipótesis, y determinar la relevancia de la IE en nuestras vidas, se hace imprescindible contar con medidas que evalúen aquellos aspectos relacionados con la IE de una forma válida y fiable. La influencia del modelo de habilidad de Mayer y Salovey también se aprecia en el tipo de instrumentos utilizados para la evaluación de la IE en las diferentes investigaciones publicadas en el artículo *Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos*.

Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai se propusieron crear una herramienta para la medición de las diferencias individuales relativamente estables para utilizar la información que proveen las emociones, en concreto buscaron recoger las habilidades para atender, discriminar y reparar los propios estados emocionales. (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995, citado en Fernández-Berrocal y Extremera, 2005). El TMMS-48 ((Trait Meta-Mood Scale), o *Escala rasgo de meta conocimiento emocional*, es un autoinforme de percepción de Inteligencia Emocional (IE). Si bien el concepto de IE incluye la presencia de habilidades para manejar las emociones propias y ajenas, la TMMS se centra principalmente en el aspecto intrapersonal de la IE. (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005)

El grupo de investigación de Málaga, presentó una versión traducida al español y reducida, el TMMS-24, que evalúa lo que Salovey y Mayer denominan Inteligencia Emocional Percibida (IEP), es decir, el metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales, más que sus niveles reales de habilidad. Es un instrumento con un enfoque cuantitativo y cualitativo. (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) .

Otro instrumento es el MSCEIT, *Test de inteligencia emocional, de Mayer-Salovey-Caruso*, adaptado y traducido al español por Extremera y Fernández-Berrocal, que se compone de tareas

emocionales con respuestas correctas o incorrectas.(Fernández-Berrocal, Berrios-Martos, Extremera & Augusto, 2012). Esta medida abarca las cuatro dimensiones de la IE propuesta en el modelo de Mayer y Salovey: 1) percepción emocional; 2) asimilación emocional, 3) comprensión emocional y 4) manejo emocional. (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)

Escala rasgo de meta conocimiento emocional TMMS-24.

Nuestro trabajo de investigación se centra en el modelo de IE de Salovey y Mayer, donde el concepto de Inteligencia emocional se utiliza para designar a un grupo de habilidades para procesar la información emocional, las que serían muy útiles en el ámbito de la formación médica y adoptamos como instrumento de evaluación de la IE el TMMS-24.

Descripción de las dimensiones.

A continuación se presenta la descripción de cada una de las dimensiones que componen el instrumento de evaluación TMMS, así como su perfil diferencial como predictores del bienestar individual y su influencia sobre diferentes criterios de la vida cotidiana. (Fernandez Berrocal y Extremera Pacheco (2005)

Atención emocional.

En primer lugar, la atención emocional se define como la tendencia de las personas a observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, valorar y examinar sus estados afectivos y centrarse y maximizar su experiencia emocional, así como el grado en que creen importante prestar atención a sus estados de ánimo. Por ejemplo, un ítem de dicha dimensión es: *Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.* (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Diversos estudios han mostrado que los extremos en la Atención emocional son peligrosos. Por un lado, un excesivo nivel de atención emocional puede llegar a ser perjudicial, sobre todo si no se acompaña de adecuados niveles de Claridad y Reparación emocional. Así, aquellas personas que atienden excesivamente a sus emociones sin conseguir comprender el porqué de las mismas, cuáles son sus causas, sus consecuencias o sin poder modificarlas, pueden sentirse abrumadas emocionalmente y desarrollar una espiral emocional que favorezca, más que alivie, la intensidad y el mantenimiento del estado emocional negativo. Las personas con altos niveles en atención a las emociones presentan mayor número de síntomas físicos, sintomatología depresiva y ansiedad, mayor tendencia a suprimir sus pensamientos y una disminución en su

funcionamiento físico y social. Por otra parte, un nivel excesivamente bajo de atención a las emociones no permitirá el acceso a la información que estas nos proporcionan, y que es fundamental para la toma de decisiones. (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Por lo tanto serán las personas que muestran moderados niveles de atención emocional, o que acompañen dicha atención de una alta habilidad de comprensión y regulación, las que utilizarán de forma más efectiva la información obtenida de sus emociones. (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Claridad emocional.

La segunda dimensión del TMMS es la Claridad emocional, que consiste en la habilidad para identificar, distinguir y describir las emociones que cotidianamente experimentan las personas, y hace referencia, más que al simple conocimiento de que si se sienten bien o mal, al grado en que cada persona puede comprender el origen, las características y las consecuencias de su estado emocional. El hecho de poseer esta información sobre nuestras emociones nos permite reflexionar acerca de las mismas y tomar decisiones en base a ellas, reduciendo así la intensidad emocional y facilitando la posterior regulación de las emociones negativas. Esta dimensión por lo tanto evalúa el grado en que las personas creen percibir de forma clara sus emociones y sentimientos, por ejemplo, un ítem de esta dimensión es: *Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.* (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Las personas con alta comprensión de sus emociones necesitarán utilizar menos recursos cognitivos ante situaciones estresantes y manifestarán más facilidad para evaluar alternativas de acción y emplear estrategias de afrontamiento efectivas. Esta dimensión es característica de personas con altos niveles de comprensión emocional intrapersonal. Así, la Claridad emocional se ha relacionado de forma positiva con diferentes dimensiones de salud general, mayor satisfacción vital, mejor ajuste emocional y mejor autoestima y satisfacción interpersonal, menor vulnerabilidad al estrés y recuperación de pensamientos rumiativos, menor depresión, menor tendencia a desarrollar trastornos de personalidad. Una persona con baja Claridad emocional, que está confundida sobre sus emociones, es más probable que realice reacciones impredecibles, y a menudo problemáticas, ante situaciones emocionales. (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Reparación emocional.

El tercer factor del TMMS, Reparación emocional, se define como la creencia de la persona en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos. Por

ejemplo un ítem de dicha dimensión es: *Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista*. Este factor está muy relacionado con el anterior, la Claridad emocional, y la literatura ha mostrado sus estrechos vínculos en la recuperación de estados de ánimo. (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

Si bien existen muchas y diferentes formas de regulación emocional, la mayoría de éstas se centran en incrementar o mantener el estado de ánimo positivo y reducir las emociones negativas. En este sentido, el factor Recuperación emocional recoge, más que la tendencia a utilizar estrategias específicas de regulación, una medida de las expectativas de cada persona sobre su capacidad para modular la respuesta emocional una vez que esta se ha generado, evaluando los intentos activos del individuo por invertir las emociones negativas hacia una dirección más positiva, por ejemplo, planeando o imaginando algo agradable, calmándose o generando perspectivas diferentes. Tales expectativas de autoeficacia en la regulación emocional han mostrado, a lo largo de la literatura, su capacidad predictiva sobre la salud mental y bienestar y, en los estudios realizados con la TMMS, la Reparación emocional corrobora tales resultados asociándose de forma positiva con numerosas variables indicadoras de bienestar psicológico y ajuste social. (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005)

De acuerdo a lo analizado en esta investigación, se puede concluir que la Inteligencia emocional es imprescindible en toda actividad humana, pero es muy importante en los estudiantes de medicina y en los profesionales médicos donde su rol está muy relacionado con la ayuda y el cuidado del otro. Necesitan percatarse de sus propios sentimientos y gestionarlos de una manera beneficiosa en el ambiente donde se desenvuelvan. Al poseer las habilidades de inteligencia emocional, podrán manejar el estrés de la vida cotidiana y regular su estado de ánimo personal.

En consecuencia, las relaciones interpersonales que establezcan con las personas de su entorno serán adecuadas, logrando que las personas a su alrededor se sientan comprendidas, reconocidas y aceptadas. Le servirá para una interpretación más favorable del entorno, así como una herramienta para acercarse o alejarse de las emociones según convenga y todo esto a nivel personal se debe utilizar para mejorar la relación con las otras personas y así sacar la mayor ventaja de estas relaciones. A través de la atención y la reflexión sobre las emociones, podrá encontrar el origen de las actitudes que las originan, ver con claridad lo que hay en su interior, y desde esta área controlar y cambiar lo que le incomoda.

Consideramos que con esta medida de evaluación de la inteligencia emocional percibida, aplicada al grupo de control de los médicos residentes del Hospital de Alta Complejidad, se podrá obtener información precisa sobre el comportamiento emocional de los médicos. Esta

información será útil en el diseño de programas no sólo centrados en el aumento de competencias de IE, sino también en la mejora de la conciencia individual de las habilidades emocionales. Asimismo, esta herramienta nos permitirá examinar cómo evolucionan los procesos de atención, comprensión y regulación emocional a lo largo de la educación de la inteligencia emocional formal y continua del grupo experimental de la Facultad de Ciencias Médicas de Gestión Privada.

Educación Emocional

Concepto.

A finales de los años noventa era desconocida la expresión educación emocional. Se realizó una búsqueda bibliográfica en 1997 y no se encontraron experiencias sobre *inteligencia emocional en educación* en lengua castellana, ni tampoco ninguna referencia a la educación emocional. Durante la primera década de los años 2000 se ha desarrollado un movimiento a favor de la educación emocional a través de publicaciones, cursos, jornadas, experiencias, etc. de tal forma que hoy en día hablar de educación emocional se ha convertido en algo habitual y cotidiano. (Bisquerra, 2012)

¿Qué entendemos por educación emocional? El uso de las emociones y de la inteligencia emocional en la práctica educativa es lo que puede resumir el concepto de educación emocional. Bisquerra propone esta definición:

Un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos, cognitivo y emocional, los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Para ello se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con el objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se planteen en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (Bisquerra Alzina, 2003, p.27)

Desde 2007 la Fundación Botín en Santander, investiga junto a reconocidos expertos nacionales e internacionales el estado de la educación emocional y social en distintos lugares del mundo. El propósito es poner en común, reflexionar e intercambiar, desde los diferentes enfoques de cada uno, conocimientos, experiencias y resultados. Estas investigaciones se han dado a conocer mediante la difusión de experiencias educativas significativas acontecidas en diversos países y publicadas en diferentes informes en 2008, 2011, 2013 y 2015. (Fundación Botín, 2015). En el Informe de 2013 se comparte la experiencia de los expertos en Argentina. Fundación Botín (2014).

Rafael Bisquerra Alzina, catedrático de Orientación Psicopedagógica en la Universidad de Barcelona (UB) y director de másters y postgrados en esta universidad relacionados con la Educación Emocional, el Bienestar y la Tutoría, sostiene que *“La educación emocional solamente se va a desarrollar a partir de una convicción por parte de las personas que la tienen que poner en práctica”*. (Bisquerra, 2016) Esta tesis adhiere a la esperanza y confianza que este investigador deposita en el compromiso que asuman las instituciones educativas de optimizar lo emocional junto a lo cognitivo.

Si queremos tener mejores médicos en el futuro, uno de los primeros pasos consistiría en incorporar tanto a nuestro conocimiento cotidiano como en el currículo, lo que la neurociencia y la psicología evolutiva denominan la educación de las emociones.

Fernández-Berrocal, P. (2010), revisando la literatura científica existente, destaca cuatro ámbitos en que se ha demostrado la utilidad de la educación en Inteligencia emocional en la formación médica:

1. En la relación médico-paciente, y en aspectos relacionados con la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente.
 2. El rendimiento, el nivel de implicación y satisfacción profesional de los médicos,
 3. Los procesos de selección en centros educativos y profesionales médicos, y
 4. En el entrenamiento y desarrollo de las habilidades de comunicación clínica.
- (Fernández-Berrocal, 2010)

Juan Carlos Pérez-Gonzalez, (2012), fundador y director del Laboratorio de Educación Emocional de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) de España, sostiene que la educación emocional o socioemocional a de promover la madurez emocional, a través del proceso educativo y preventivo articulado sobre programas cuyo cometido es desarrollar la inteligencia emocional y/o las competencias emocionales o socioemocionales (Pérez-Gonzalez, 2012)

Fundamentos de la Educación emocional.

La educación emocional es una innovación educativa que responde a necesidades sociales no atendidas en las materias académicas ordinarias. En este apartado se pretende aportar argumentos sobre la necesidad e importancia de la educación de las emociones, como así también el camino que se ha recorrido para llegar a la educación emocional.

Se requiere una educación que prepare para la vida, es decir, que atienda ineludiblemente el desarrollo emocional, ante una serie de necesidades que se dan en la sociedad actual: ansiedad, depresión, problemas de disciplina, violencia, drogadicción, trastornos de la alimentación, etc.

y que no quedan suficientemente atendidas en las materias educativas ordinarias. (Bisquerra, 2003)

En el marco de la investigación que, desde el año 1997 desarrolla el GROOP (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica), Rafael Bisquerra Alzina, escribe el artículo *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. Sostiene la necesidad de abordar una forma de prevención primaria inespecífica que incida en las situaciones múltiples de riesgos, que se puede afirmar, tienen un fondo emocional, a través de la adquisición de competencias que posibiliten minimizar la vulnerabilidad de la persona a determinadas disfunciones y además es fundamental construir bienestar.

El camino a la Educación emocional.

Hoy entendemos la educación emocional como una propuesta educativa encaminada al desarrollo de competencias emocionales. Sin embargo, para su puesta en práctica, la educación emocional fue recogiendo los aportes de otras ciencias como la psicología, la pedagogía y la medicina. Algunos de los fundamentos teóricos de la Educación emocional con mayor relevancia son los que presentamos brevemente a continuación. (Bisquerra Alzina, 2009, 2014).

-Los aportes pedagógicos provenientes desde los movimientos de renovación pedagógica (escuela nueva, escuela activa, educación progresista...) proponían una educación para la vida, insistiendo en la importancia de integrar lo cognitivo y lo afectivo en el proceso educativo. Con respecto a la afectividad en la educación emocional, Bisquerra diferencia lo que es educación afectiva y educación del afecto:

La educación emocional supone pasar de la educación afectiva a la educación del afecto. Hasta ahora la dimensión afectiva en educación o educación afectiva se ha entendido como educar poniendo afecto en el proceso educativo. Ahora se trata de educar el afecto, es decir, de impartir conocimientos teóricos y prácticos sobre las emociones (Bisquerra, 2001, p.8, citado en Vivas García, 2003, p.3).

-También en la actualidad, los Movimientos de innovación pedagógica como, la educación psicológica, la educación moral, las habilidades sociales, el aprender a pensar, la educación para la salud, la orientación para la prevención y desarrollo humano desde el GROOP (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica) influyen en la Educación emocional (Bisquerra-Alzina, R. 2006).

-El counseling y la Psicoterapia, hacia principios y mitad del siglo XX, con el tratamiento clínico de los problemas emocionales (ansiedad, estrés, depresión, fobias, etc.), permitieron el

desarrollo de numerosas y variadas técnicas que están siendo muy utilizadas, en determinados casos, en programas de educación emocional. (Vivas García, 2003) .Son pautas para controlar los pensamientos irracionales o automáticos que interfieren en el bienestar emocional y conducen a malas decisiones. (Pérez-González y Pena Garrido, 2012)

-Las teorías de las emociones cuyos resultados ofrecen información al conocimiento de los fenómenos afectivos y pueden ser aplicados a la educación emocional.

-Los pilares de la educación del Informe Delors para la UNESCO(1996). De los cuatro pilares señalados en el informe, - aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser- la educación emocional se fundamenta en los dos últimos pilares. (Bisquerra, 2009; Vivas García, 2003)

-La inteligencia emocional de Salovey y Mayer, revolucionó la percepción sobre el uso de las emociones en las relaciones sociales, y puso la atención sobre el concepto intuyendo las posibilidades del uso en el ámbito académico.

-Aportaciones de la neurociencia. (Damasio, 1996, Ledoux, 1999). El enorme avance que ha provocado la biología, especialmente la neurociencia, referida al estudio sobre la manera como se comporta el cerebro emocional y las consideraciones acerca de la modificabilidad de la inteligencia emocional imponen avances en los procesos educativos. (Vivas García, 2003)

-Las aportaciones de la psiconeuroinmunología. Gracias a los estudios en este campo, se ha puesto de manifiesto como el sistema inmunitario es vulnerable a las emociones, reforzándolo a partir de las emociones positivas o debilitándolo cuando suceden emociones negativas.

-Las investigaciones sobre el bienestar subjetivo, han introducido un constructo de gran incidencia social. Conviene distinguir entre bienestar objetivo (material) y bienestar subjetivo (emocional). Se ha llegado a la conclusión de que el bienestar subjetivo, fundamentalmente en temáticas como la familia, el amor, las relaciones sociales, la satisfacción profesional, etc, es el más buscado por las personas. (Bisquerra, 2003)

-El concepto Fluir (Flow) o experiencia óptima. Este concepto está referido al estado emocional positivo que experimenta una persona cuando se encuentra absorta en una tarea que le provoca placer y disfrute y le lleva a ignorar todo aquello que le rodea, dejando de ser conscientes del paso del tiempo.

-La psicología positiva. Pone su punto de mira en las emociones positivas como el amor, la alegría, la felicidad y en fortalezas humanas como el optimismo, resiliencia o creatividad, frente al tradicional estudio de la psicología dedicado a estudiar aspectos negativos o patológicos de las personas. Estos conceptos subjetivos difíciles de medir y tradicionalmente asociados a lo no científico se los consideró que así como ocurre con la enfermedad, el

bienestar y la felicidad también tienen bases biológicas y, por ende, son susceptibles de ser conocidas y modificadas científicamente. La psicología positiva, tiene mucho que aportar a la práctica médica y a la formación de futuros profesionales de la salud. (Pedrals, Rigotti & Bitran, 2011).

-La psicología humanista. Puso un énfasis especial en las emociones; y sostiene que una de las metas de la educación es satisfacer las necesidades psicológicas básicas, ya que no puede alcanzarse la autorrealización mientras no sean satisfechas las necesidades de seguridad, pertenencia, dignidad, amor, respeto y estima. Aspectos estos últimos totalmente relacionados con la afectividad. (Vivas García, 2003).

-Finalmente uno de los aportes fundamentales es el de la educación moral y la educación en valores. Bisquerra se manifiesta cauteloso con el desarrollo de la Inteligencia emocional sin la presencia de valores:

Uno de los principios de la educación emocional es que el desarrollo de la inteligencia emocional sin unos principios éticos y morales podría ser peligroso. Hay muchos motivos que justifican una necesaria convergencia entre educación en valores y educación emocional. (Bisquerra, 2009, p.10)

Asimismo John Mayer (2009) hace hincapié en esta cuestión:

Puedes tener una alta IE y ser muy buena persona, pero también puedes ser muy malo y desagradable, del mismo modo que puedes tener un alto CI y ser muy listo y servicial o bien ser un criminal. Las personas con una alta IE que son malos y desagradables (...) pueden ser muy manipuladoras emocionalmente y te pueden llegar a volver loco porque saben muy bien cómo hacerte sentir mal, pues son muy inteligentes en cuanto a se refiere a las emociones, por eso creo que tenemos que manejar nociones separadas de la virtud y los valores que son cosas diferentes de las inteligencias. (2009)

De esta manera la educación emocional recoge los diversos aportes de las ciencias. En un contexto con necesidades sociales, se extraen los conocimientos que aporta la neurociencia, la psicología, y la pedagogía, y se los comienza a llevar a las aulas a través de nuevos métodos.

Desde el punto de vista de la metodología de intervención, conviene destacar las aportaciones de la dinámica de grupos, la orientación para la prevención, el modelo de programas y el modelo de consulta. La inclusión del modelado como estrategia de intervención, al poner como modelos y analizar a compañeros, personajes de los mass media, profesores, padres, pueden influir en las actitudes, creencias, valores y comportamientos. (Bisquerra Alzina, 2003)

El catedrático Rafael Bisquerra, uno de los mayores especialistas en este ámbito, propone estrategias para poner en práctica en el aula conceptos de inteligencia emocional. Unas en torno a la tutoría o en asignaturas, otras a través de su integración en ciertas áreas académicas y, si es posible, por medio de la transversalidad en todas las áreas y a lo largo de todo el currículo. (Nages, Moreno, Chica, Pérez y Martínez, 2016).

La educación emocional de los médicos.

En la formación del médico se debe tener en cuenta su desarrollo integral, lo cognitivo y emocional, para estimular su potencial talento. Francisco Mora, que además de doctor en Medicina y Neurociencia, es catedrático de Fisiología en la Universidad Complutense de Madrid y profesor adscrito de Fisiología Molecular y Biofísica en la Universidad de Iowa, en Estados Unidos, es quien sostiene que los docentes tienen la misión de motivar al estudiante hacia el aprendizaje. Son quienes tienen la facultad de promover la curiosidad por la investigación y de provocar modificaciones en la física y química del cerebro del estudiante. (Mora, 2012) Para ello recomienda encender las emociones en el alumno, que es la base más importante sobre la que se sustentan los procesos de aprendizaje y memoria. Las emociones sirven para almacenar y recordar de una forma más efectiva.

Plantea la idea de que el profesor debe saber captarla atención del alumno. Para ello hay que evocarla con mecanismos que la psicología y la neurociencia empiezan a desentrañar. Los métodos deben estar asociados a la recompensa, y no al castigo. (Mora, 2012)

Asimismo la curiosidad, ese deseo de conocer cosas nuevas, es el que lleva a la búsqueda de conocimiento. Así pues, los circuitos cerebrales que se activan ante ciertos estímulos que encienden la curiosidad son aquellos que anticipan y adelantan la recompensa, o si se quiere el placer, y por tanto residen en el sistema límbico o emocional. Con la curiosidad nace el foco de la atención, lo que permite un mayor y mejor almacenamiento y evocación de lo sucedido. Esta información influye en la toma de decisiones conscientes de la persona. (Mora, 2012).

En definitiva, la curiosidad, la atención, la memoria o la toma de decisiones, requieren de esa energía que hemos llamado emoción. Cuando se pierde o disminuye esa energía se produce, lo que Mora ha dado en llamar, el *apagón emocional*, lo que conduce a un deficiente proceso de aprendizaje, o entorpece la toma de decisiones.

Consideramos que si apostamos a la educación emocional en la formación médica, como lo propone el neurocientífico Mora, el cerebro de los estudiantes utilizará todos sus recursos cada vez que se enfrente a la resolución de problemas, a procesos de aprendizaje o de memoria.

Lo contrario es someterlos a un apagón mental, producido por el peso de la rutina cotidiana, el estrés y otras presiones propias de un ambiente relacionado con el sufrimiento y la muerte.

Este cambio que se propone ha de incidir no solo en la forma de pensar el contenido, la metodología y la evaluación, sino también en la cultura de los profesionales de las instituciones educativas y sanitarias. Es necesario que se comprometan con las nuevas propuestas y evitar así que solo cambien las formas de hablar de las cosas o de los fenómenos que dicen querer transformar. (de Gauna, Moro & Morán-Barrios, 2015).

Competencias Emocionales

Como nos hemos referido anteriormente, el mundo de las emociones influyen en todos los ámbitos en los que nos desenvolvemos, personal, profesional, educativo, sanitario...imprimen todas nuestras relaciones de amistad y sociales. Tienen un impacto trascendental en la forma de comportarnos, la forma de debatir, la manera de resolver una discusión, el modo en que afrontamos exitosamente los exámenes, la capacidad de resiliencia, el carácter para alegrar una reunión o la habilidad para saber comprender y dar soluciones a los problemas de los demás, engloban, una serie de habilidades y competencias emocionales que son generadoras de un creciente interés en educadores, psicólogos, orientadores.

Si bien del constructo de inteligencia emocional deriva el desarrollo de competencias emocionales, este último término se presenta como una variable diferenciada de la inteligencia emocional con dimensiones propias, con sus puntos de encuentro y divergencias. (Fragoso-Luzuriaga, 2015).

Definición del concepto Competencia emocional.

Bisquerra define a estas competencias como:

El conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarios para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales cuya finalidad es aportar un valor añadido a las funciones profesionales y promover el bienestar personal y social. (Bisquerra & Pérez, 2007, p. 8)

El modelo de habilidad de IE Mayer y Salovey (1997) , al surgir del paradigma cognitivo se enfoca únicamente en habilidades de procesamiento de información que se encargan de estudiar de manera específica cómo las emociones influyen en el pensamiento y acciones, mientras la competencia emocional es cuando el individuo ha alcanzado un nivel determinado de logro emocional.(Fragoso-Luzuriaga, 2015)

Mayer y Salovey (1997) afirman que una competencia emocional se encuentra más orientada a la medición de niveles de logro que a capacidades cognitivas, lo que coincide con la propuesta de Saarni (1999, 1997) quien recalca que para analizar las competencias emocionales debe haber parámetros de dominio en relación con el contexto del sujeto. (Mayer y Salovey y Saarni citado en Fragoso-Luzuriaga, 2015).

Es posible diferenciar dos tipos de competencias a las que el estudiante y el residente se ven abocados en los procesos educativos y que conducen a dos tipos diferentes de profesionales:

- Competencias profesionales para la adquisición de un conocimiento técnico, que se expresan en situaciones específicas en el plano de la capacitación técnica. (de Gauna et al., 2015). Las competencias de desarrollo técnico-profesional se relacionan con el “saber” y el “saber hacer” necesarios para el desempeño experto de una actividad laboral. (Bisquerra Alzina, & Pérez Escoda, 2007).

- Competencias profesionales para la vida, que se expresan en situaciones cotidianas de la vida personal. (de Gauna et al., 2015). Este tipo de competencias también recibe el nombre de competencias genéricas, competencias básicas, competencias transversales, competencias sociales, competencias emocionales, competencias socio-emocionales. (Bisquerra Alzina, 2003). La diferencia entre una y otra está en su finalidad: la primera persigue la creación de un profesional que es un mero técnico, mientras que la segunda se orienta a la preparación para la vida más humana. (de Gauna et al., 2015).

Los procesos de educación y formación deben tener presente el desarrollo de estas competencias integrándolas en los currículos. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007). Las competencias emocionales rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todo el currículo. (de Gauna et al., 2015).

Muchos problemas sociales y personales son una manifestación del analfabetismo emocional. El desarrollo de competencias emocionales a través de la educación emocional puede representar una mejora que afecta positivamente a múltiples aspectos de la vida. Favorece las relaciones sociales e interpersonales, facilita la resolución positiva de conflictos, favorece la salud física y mental, y además contribuye a mejorar el rendimiento académico. (Bisquerra, 2016; Fernández-Berrocal, 2010)

La enseñanza de las emociones depende de la práctica, del entrenamiento y del aprendizaje a lo largo de la vida, y no tanto de las instrucciones verbales. Es esencial ejercitar y practicar las capacidades emocionales del estudiante o profesional médico para así aumentar su repertorio emocional, haciendo que las interioricen y puedan llegar a sentirlas como propias.

Aunque es en la infancia donde aprendemos en mayor medida a relacionarnos con los demás, esto es un proceso continuo y sin duda podemos aprender a desarrollar nuestras emociones a lo largo de toda la vida.

Las metodologías participativas o activas son el medio para activar los distintos aprendizajes que se requieren para desarrollar las competencias a través del entrenamiento, (...) *“además de enseñar recursos necesarios (conocimientos, habilidades) para ser competente, la capacidad misma para movilizarlos no es, estrictamente, enseñable; sino objeto de entrenamiento reflexivo al resolver problemas, tomar decisiones o llevar a cabo proyectos”*. (Bolívar (2008) citado en: de Gauna, et al., 2015, p.37)

Ser competente emocionalmente es tener la capacidad de movilizar una serie de recursos, a través de la identificación de emociones propias y de los otros, para resolver problemas en situaciones específicas. (Bisquerra & Pérez, 2007; Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Suverbiola-Ovejas, 2012).

De Gauna sostiene el binomio evaluación y formación para identificar las competencias. La evaluación requiere colocar a los estudiantes y residentes ante situaciones significativas. Por lo tanto, no es lo que hace o sabe el estudiante o el residente lo que indica el aprendizaje, sino su empleo con éxito. La verdadera competencia será aquella que pueda evidenciarse mediante el resultado de la acción (competencia = acción), dado que los recursos internos son invisibles. (de Gauna et al., 2015)

Consideramos muy significativa la siguiente definición de persona competente:

Podemos decir que una persona es competente cuando sale airoso de una situación compleja y significativa (problema) de la vida personal o profesional, empleando múltiples recursos que previamente ha necesitado experimentar, conocer, cultivar, probar e interiorizar y que le han servido para afrontar situaciones imprevistas. Así entendido, la evaluación y la formación constituyen un binomio indisoluble. (de Gauna et al., 2015)

Modelo de Competencias Emocionales del GROU.

Desde 1997 en el GROU (Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica) se trabaja la educación emocional, en investigación y docencia, con el propósito de contribuir al desarrollo de las competencias emocionales. Esta propuesta retoma las recomendaciones de organismos internacionales, como la UNESCO con el Informe Delors y desde las Universidades, como el Proyecto Tuning.

Según este modelo hay cinco grandes competencias: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y habilidades de vida para el bienestar.

Cada una de las dimensiones citadas comprende una serie de aspectos más específicos o microcompetencias. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007; Bisquerra Alzina, 2012). La competencia emocional pone el énfasis en la interacción entre persona y ambiente, por tanto tiene unas aplicaciones educativas inmediatas.

A continuación, exponemos que entienden los autores por cada uno de los cinco bloques de competencias, y seguidamente ofrecemos una relación de las treinta microcompetencias que los conforman (Tabla 3)

Bloque de competencias	Microcompetencias asociadas
Conciencia emocional	<p>Toma de conciencia de las propias emociones.</p> <p>Poner nombre a las emociones.</p> <p>Comprensión de las emociones de los demás (empatía)</p> <p>Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento (razonamiento, conciencia)</p>
Regulación emocional	<p>Expresión emocional apropiada a cada circunstancia.</p> <p>Regulación de emociones y sentimientos</p> <p>Habilidades de afrontamiento.</p> <p>Competencias para autogenerar emociones positivas</p>
Autonomía emocional	<p>Autoestima</p> <p>Auto-motivación</p> <p>Autoeficacia emocional</p> <p>Responsabilidad</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Análisis crítico de normas sociales</p> <p>Resiliencia</p>
Competencia social	<p>Dominar las habilidades sociales básicas</p> <p>Respeto por los demás</p> <p>Practicar la comunicación receptiva</p> <p>Practicar la comunicación expresiva</p> <p>Compartir emociones</p> <p>Comportamiento prosocial y cooperación</p> <p>Asertividad</p> <p>Prevención y solución conflictos.</p> <p>Capacidad para gestionar situaciones emocionales</p>
competencias para la vida y el bienestar	<p>Fijar objetivos adaptativos</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Buscar ayuda y recursos</p> <p>Bienestar emocional</p> <p>Ciudadanía activa, participativa, comprometida, crítica y responsable</p> <p>Fluir</p>

Tabla 3. *Nota.* Recuperado de Competencias y microcompetencias emocionales. GROU-Bisquerra y Pérez (2007)

La conciencia emocional.

Consiste en conocer las propias emociones y las emociones de los demás. En esta capacidad se incluye la habilidad para captar el clima emocional de un contexto y en un momento determinado. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007; Bisquerra Alzina, 2012)

La regulación emocional.

Significa dar una respuesta apropiada a las emociones que experimentamos, es decir, el equilibrio entre la represión y el descontrol a través de tener estrategias para saber gestionarlas de una manera adecuada. El desarrollo de la regulación emocional requiere de una práctica continuada. Algunas técnicas concretas son: diálogo interno, introspección, meditación, mindfulness, control del estrés (relajación, respiración), autoafirmaciones positivas; asertividad; reestructuración cognitiva, imaginación emotiva, cambio de atribución causal, etc. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007; Bisquerra Alzina, 2012)

La autonomía emocional.

Es la capacidad de no verse seriamente afectado por los estímulos del entorno. Se trata de tener sensibilidad con invulnerabilidad. Es un equilibrio entre la dependencia emocional y la desvinculación. Incluye la capacidad para asumir las consecuencias que se derivan de los propios actos; esto significa, responsabilidad. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007; Bisquerra Alzina, 2012)

Las habilidades sociales.

Son las que facilitan las relaciones interpersonales, sabiendo que éstas están entrelazadas de emociones. Propician las relaciones óptimas con otras personas. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007; Bisquerra Alzina, 2012)

Las competencias para la vida y el bienestar.

Son un conjunto de habilidades, actitudes y valores que promueven la construcción del bienestar personal y social. Se trata de la capacidad para adoptar comportamientos apropiados para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida en distintos ámbitos.

El bienestar emocional es lo más parecido a la felicidad, entendida como la experiencia de emociones positivas. No podemos esperar a que nos vengan dados los estados emocionales

positivos, sino que hay que construirlos conscientemente, con voluntad y actitud positiva. Esto es posible y deseable. (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007; Bisquerra Alzina, 2012)

Las competencias emocionales en los médicos.

Realmente las competencias emocionales son, posiblemente, unas de las más difíciles de ser adquiridas por el estudiante y residente de medicina. Pueden aprender a evaluar los signos vitales, realizar curaciones, identificar los problemas de salud en una comunidad. Pero algo más difícil de adquirir es la regulación de todas sus emociones.

John Mayer, en una entrevista durante su estancia en Santander con motivo de la celebración del II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional, en septiembre de 2009 se refería de este modo al propósito de la formación en emociones en la educación médica.

(...) Las clases de emociones que circulan en el entorno sanitario y docente son muy importantes y tenemos que prestarle atención a la información emocional que se genera en esos ambientes. En el ámbito educativo podemos reducir el volumen emocional de los estudiantes con el fin de que puedan entender todo tipo de materias. En la sanidad aspiramos a reducir los conflictos emocionales entre los pacientes y los médicos, entre los propios médicos, o entre ellos y el personal de enfermería, queremos reducir ese conflicto emocional para que todos puedan centrarse en curar y cuidar al paciente de la mejor manera posible (...)

Las competencias emocionales son un tema pendiente en Medicina. Se ha centrado la enseñanza y la formación en aprender diferentes competencias relacionadas con la parte clínica de la Medicina, y se utiliza la medición del coeficiente intelectual (CI), como único referente para evaluar la inteligencia de los alumnos. No se tiene en cuenta el coeficiente emocional (CE), que es un parámetro con fundamentación científica, para medir la capacidad de las personas de sentir, entender y controlar los estados anímicos propios y de las personas que le rodean, de mucho valor para la relación médico-paciente. (Hernández-Vargas, & Dickinson-Bannack, 2014).

Identificación de las necesidades de los médicos.

La falta de reconocimiento de estos valores y emociones, puede llevar a debilitar la vida personal del médico y la interacción clínica. Los médicos en formación observan enormes contradicciones entre los valores que se proclaman en la enseñanza formal y los que son estimulados en la práctica por el currículo oculto y el funcionamiento de los servicios

sanitarios, lo que puede incidir en un proceso de deterioro de las actitudes y valores. (Lara, Moral & Campayo, 2009; Tajer, 2011).

Esta deficiencia en la formación médica, es representada en el cuadro de Picasso, *Retrato de un estudiante de Medicina*, del año 1907, y analizado por Arthur Kleinman en la Revista *The Lancet*, con un título que nos hace reflexionar acerca de las competencias emocionales del médico, *El yo dividido, los valores ocultos y la sensibilidad moral en medicina* (Tajer, 2011).

En este cuadro, el estudiante de medicina es dibujado en dos capas: la del fondo, en la que adivinamos un boceto sencillo de un rostro neutro, y en el primer plano, con trazos negros, una máscara perturbadora. Kleinman, aborda la disociación entre el transcurrir de una práctica médica orientada a la solución de problemas con guías y sistemáticas, es decir el plano técnico (el rostro Neutro), y por otro lado, los valores morales y vivencias emocionales contradictorias que se generan en forma masiva ante el vínculo con los pacientes (máscara perturbadora) (Tajer, 2011).

Son diversos los factores que pueden incidir en este fenómeno de disociación en la práctica médica y que afectan el bienestar personal y social del médico. Para hacer frente a estas necesidades, el estudiante y residente de medicina deberá desarrollar competencias emocionales para afrontar mejor los retos que se plantean en la práctica profesional con mayores probabilidades de éxito.

Estudios recientes demuestran el deterioro que la empatía sufre durante los años de formación. Los estudiantes que, en los primeros años de la facultad, conservan el entusiasmo por ser médicos y se muestran sensibles al sufrimiento del enfermo, pierden esa capacidad con el paso del tiempo. Es fundamental dar la importancia que se merece al denominado *currículum oculto*, por el que el estudiante incorpora pautas de comportamiento a partir de las de sus profesores/tutores más allá de los contenidos del currículum formal. (Moreto, Blasco & Piñero, 2017).

En los últimos años de la formación universitaria se desarrolla una cultura de distanciamiento del enfermo, con el propósito de no implicarse emocionalmente.

Se aconseja que es mejor no relacionarse mucho con los pacientes y que no *se involucren emocionalmente*. Los estudiantes y médicos residentes adoptan la postura que han naturalizado residentes más antiguos y médicos asistenciales, que bromean sobre los pacientes agonizantes, ridiculizándolos y subestimándolos, de esta manera el estudiante idealista pierde la sensibilidad moral y penetra en un mundo de valores ocultos y divididos. El cinismo puede llegar a constituirse en un mecanismo de adaptación para proteger las

emociones que no saben manejar. (Hernández-Vargas & Dickinson-Bannack, 2014; Lara et al., 2009; Tajer, 2011)

Otra cuestión, dentro del currículo oculto, es sostener como valor, que la objetividad científica tiene por imagen médicos omnipotentes, distantes e impersonales y se valora la autosuficiencia, el estoicismo, la represión de las emociones, el autocontrol y no reconocer la propia vulnerabilidad. (Lara et al., 2009).

Por otro lado, los médicos tratan a una amplia variedad de pacientes difíciles. El médico sufre descontento y desgaste cuando se enfrenta a expectativas irreales de los pacientes, y a un consumismo expresado en peticiones en conflicto con las recomendaciones científicas, los derechos de los demás pacientes o el uso equilibrado de los recursos. (Lara et al., 2009).

La respuesta emotiva del estudiante, al contacto con la enfermedad, con el sufrimiento y con la muerte, con los pacientes difíciles, suele ser la impotencia, y generalmente no se le da espacio para que trabaje, para que hable de ella con franqueza. (Lara et al., 2009). Ello genera en el estudiante un distanciamiento que encuentra amparo en la técnica, en la tecnología, en la evidencia científica y en los protocolos. (Lara et al., 2009; Moreto et al., 2017).

Puede considerarse aceptable una actitud, de algún modo distante, con el propósito de mantener la concentración y la imparcialidad, pero no tan rígida para negar toda emoción. Quizá el comportamiento de algunos médicos que han abandonado una atención empática y compasiva sea el resultado de un largo proceso de adquisición de defensas rígidas y excesivas. (Gutiérrez Fuentes, 2016; Lara et al., 2009; Moreto et al., 2017).

Capítulo III. Hipótesis y objetivos

Hipótesis y objetivos

Hipótesis.

Se espera que los Médicos Residentes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad que salen de la formación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada presenten mejores competencias emocionales como identificar las propias emociones y las de los demás, autocontrolarse, y habilidades emocionales, que los que provienen de otras formaciones.

Esta hipótesis responde al siguiente planteo: los médicos residentes del Hospital de Alta Complejidad provenientes de diversas facultades ¿ tienen formación en competencias emocionales como se pretende lograr en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada con la implementación del eje emocional?

Este perfil se lograría con la implementación del Programa de Educación emocional para el desarrollo de las competencias personales y sociales en el diseño curricular de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada.

Objetivos

Dada la preocupación creciente, por la formación de la conducta y de las actitudes de los futuros médicos, la presencia de la Inteligencia Emocional en el diseño curricular toma gran relevancia. De ahí el interés por investigar, por un lado, acerca de la IE en los médicos residentes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad provenientes de diversas facultades y por otra parte, conocer la fundamentación Institucional sobre las competencias emocionales de los profesionales médicos, y su postura acerca de la formación académica en las emociones. Por lo que se propusieron los siguientes objetivos de estudio.

Objetivo general.

Por ello el objetivo general que nos proponemos en esta investigación es describir y comparar las competencias emocionales de los médicos residentes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad que pasaron por el Programa de educación emocional para el desarrollo de las competencias personales y sociales del diseño curricular del Proyecto de la

Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada respecto de médicos con otra formación.

Este objetivo se concreta en los siguientes objetivos específicos.

Objetivos específicos.

Caracterizar los fundamentos de las Autoridades de Salud; el Ministro de Salud de la Provincia, el Director del Hospital de Alta Complejidad y el Jefe de Servicio de Cirugía, sobre de la necesidad de la educación emocional continua para los médicos.

Identificar los Médicos Residentes de Cirugía del Hospital de Alta complejidad conscientes de sus emociones.

Identificar el perfil de Inteligencia Emocional de los Médicos Residentes de Cirugía en el Hospital de Alta complejidad.

Describir las habilidades de inteligencia emocional de los Médicos Residentes de Cirugía en el Hospital de Alta complejidad.

Identificar la presencia o no de áreas formativas en educación emocional en las Facultades de Medicina de donde provienen los Médicos Residentes de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad.

Capítulo IV: Materiales y métodos

En este apartado, pasamos a describir el método utilizado en la investigación, donde se hace referencia a los participantes del estudio, los instrumentos utilizados, así como el procedimiento y aplicación de los instrumentos.

Tipo de Investigación.

El trabajo de Investigación de campo tiene por finalidad conocer si los Residentes médicos del Hospital de Alta Complejidad, son conscientes de sus emociones y tienen habilidades emocionales y, si las Autoridades de Salud provinciales y del Hospital de Alta Complejidad consideran necesario educar en las emociones a los profesionales médicos.

El estudio se enmarcó en una investigación de campo de tipo descriptiva, ya que centra su objetivo en la descripción y registro de algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Con este tipo de investigación se pone de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes. (Sabino, 1996)

En este sentido, la investigación pretende medir los niveles de inteligencia emocional en los Residentes médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad, cuya formación de grado se ha realizado en distintas Facultades de Ciencias Médicas del país, y caracterizar los fundamentos y observaciones de las Autoridades Sanitarias sobre la necesidad de implementar el Programa de educación emocional para el desarrollo de las competencias personales y sociales en el diseño curricular del Proyecto de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada.

A su vez es una investigación observacional, se observa el fenómeno como se da en su contexto natural para después analizarlo (Sampieri, 2006). Por otra parte, es de tipo transversal, ya que analiza el nivel o estado de las variables en un momento dado, es decir, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Sampieri, 2006). En una futura investigación podría convertirse en un estudio de corte longitudinal.

Luego de realizar la revisión de los basamentos teóricos y de los antecedentes nacionales e internacionales que apoyan la investigación, se procedió a recabar la información requerida en el campo a fin de conocer en forma objetiva y precisa los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación.

En esta etapa se pudo diagnosticar las habilidades de inteligencia emocional de los Residentes, el grado de percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación

emocional de la inteligencia emocional que poseen, y la necesidad institucional de un Programa aportada por la fundamentación de las Autoridades de la Salud. Los pasos de esta etapa fueron los siguientes:

- Universo, participantes y selección de la muestra.
- Aplicación de los instrumentos a la muestra. Determinación de las habilidades de inteligencia emocional y la inteligencia emocional percibida de los Residentes.
- Presentación y análisis de los resultados aportados por los instrumentos.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Participantes.

En el presente estudio el universo de trabajo está conformado por el total de los Residentes Médicos del Hospital de Alta Complejidad.

Apuntamos a trabajar con los médicos residentes, por considerarlos un grupo vulnerable en cuanto al desgaste profesional en comparación con la población médica en general. Los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Gestión Privada se encontrarán probablemente en esta población como Residentes Médicos del Hospital de Alta Complejidad, y se podrá comparar la evolución con los demás que provienen de otra formación.

Para el estudio acerca de la necesidad institucional del Programa de educación emocional, se recogió la fundamentación de las Autoridades Institucionales, el Director del Hospital de Alta Complejidad, el Jefe de Servicio de Cirugía, el Ministro de Salud provincial. Se considera la participación de estas Autoridades institucionales a través de una entrevista semiestructurada con la finalidad de triangular los resultados de la aplicación del test TMMS-24 a los Residentes Médicos del Hospital de Alta Complejidad, el cual mide la IE del individuo y la entrevista semiestructurada sobre su formación emocional.

La muestra de estudio está formada por el 100% de los médicos Residentes del Servicio de Cirugía, desde 1º a 4º año, que en total son 5 médicos. Se toma esta muestra dada la posibilidad que tiene el autor de esta Tesis Doctoral de intervenir en la observación cotidiana de la inteligencia emocional y las competencias emocionales de los Residentes del Servicio de Cirugía, al ser Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad.

Criterios de Inclusión.

Todos los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía, Jefe de Servicio de Cirugía, Director del Hospital, Ministro de Salud provincial que brinden su autorización expresa para realizar el test TMMS-24 y la Entrevista.

Criterios de Exclusión.

Cuestionarios con bases de datos incompletos.

Fuentes de Datos

Primarias:

Informantes claves a través de:

Cuestionario de autoinforme (TMMS 24) (Residentes médicos de Cirugía)

Entrevista semiestructurada (Residentes médicos de Cirugía)

Entrevista semiestructurada (Autoridades Institucionales)

Observación directa y análisis de los datos observados (Autor de la Tesis)

Secundarias:

Artículos especializados.

Entrevistas a expertos.

Libros con temas relacionados a los objetivos de la investigación,

Páginas web relacionadas con el tema.

Proyectos de Investigación en Hospitales y Universidades.

Información nacional e internacional.

Criterios de Validación y Confiabilidad.

- Consistencia entre la teoría y el dato observable.

- Triangulación entre las fuentes, los informantes y el contexto institucional. Se contrastó las respuestas de las distintas Autoridades teniendo en cuenta su posición en el contexto institucional, asimismo se contrastaron las entrevistas con la observación participante del tesista, y el autoinforme sobre IE. de los Residentes Médicos y los datos sobre su formación emocional.

Se propuso, en primer lugar, entrevistar a los Residentes Médicos de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad y a las Autoridades Institucionales; registrar y categorizar sus fundamentos, para luego proceder a una triangulación con las diversas fuentes consultadas, con el interés de avanzar en la conceptualización de la IE. en la formación académica médica.

El proceso de identificación de necesidades de formación en competencias emocionales se ha realizado a partir de un análisis bibliográfico mayormente detallado en apartados anteriores (marco teórico del proyecto), y en un informe de resultados sobre la IEP (Inteligencia Emocional Percibida) de los residentes, su formación emocional, y la fundamentación de las Autoridades Institucionales.

Instrumentos de Recolección de Datos.

Para la recolección de los datos en la investigación de campo se utilizaron dos instrumentos con los que se pretendió triangular la información: el TMMS-24 y las entrevistas.

- El Instrumento A. La Trait Meta Mood Scale, en su versión adaptada al castellano (TMMS-24), herramienta de autoinforme, que proporciona un indicador de los niveles de Inteligencia Emocional percibida.

Consideramos oportuno emplear este instrumento de evaluación, por un lado, porque es una de las herramientas de autoinforme más utilizadas para evaluar la IE en la investigación psicológica y educativa, tanto en español como en otras lenguas. (Fernandez-Berrocal, Berrios-Martos, Extremera, & Augusto (2012); Rey & Extremera (2012)). Otro factor importante que nos motivó a la elección del TMMS es que los investigadores se inclinan por el uso de estas pruebas, que son económicas y, a la vez, fáciles de administrar, corregir e interpretar, y se responden en breve tiempo, aspecto muy interesante a tener en cuenta en el contexto de la Residencia de Cirugía en el que en ocasiones se dispone de tiempo limitado para poder responder a estos cuestionarios.

Por otra parte, si bien el concepto de IE incluye la presencia de habilidades para manejar las emociones propias y ajenas, la TMMS se centra principalmente en el aspecto intrapersonal de la IE. Esta versión más breve del TMMS-48, mantiene los tres componentes originales de la escala: Atención, Claridad y Reparación, pero ha reducido los ítems a la mitad, conservando aquellos de mayor consistencia interna. La escala final está compuesta por 24 ítems, 8 ítems por factor, y su fiabilidad para cada componente es: Atención ($\alpha = 0,90$); Claridad ($\alpha = 0,90$) y Reparación ($\alpha = 0,86$). Como ocurre con la versión extensa, los tres subfactores correlacionan de forma apropiada y en la dirección esperada con variables criterios clásicas tales como depresión, ansiedad, rumiación y satisfacción vital (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

Su aplicación es tendencia global en la investigación sobre IE para explicar el bienestar físico, psicológico y social de las personas. Fernandez-Berrocal, P., Berrios-Martos, P., Extremera, N., & Augusto, J. M. (2012). Rey, L., & Extremera, N. (2012).

Este instrumento da cuenta de ciertas creencias y actitudes que las personas poseen sobre sus propias emociones y habilidades emocionales, permitiendo obtener un índice de Inteligencia emocional percibida (IEP). En concreto, permite evaluar la capacidad percibida de las personas para prestar atención a sus estados de ánimo y emociones (Atención emocional), su capacidad para discriminar entre ellos (Claridad emocional), así como su capacidad para regularlos (Reparación emocional). (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). Cada uno de

estos subfactores de la escala, se evalúa a través de 8 ítems, en una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila desde 1 (muy de acuerdo) a 5 (muy en desacuerdo). Las puntuaciones de cada subfactor oscilan entre 8 y 40. La tarea consiste en pedir a los informantes que valoren el grado de acuerdo con cada uno de los ítems.

La escala proporciona una estimación personal sobre los aspectos reflexivos de la experiencia emocional. El resultado se interpreta, comparando la puntuación obtenida en cada una de las tres subescalas con la información presentada en la tabla del instrumento.

Son aspectos personales que nos ayudan a una interpretación más favorable del entorno, un mayor conocimiento de uno mismo, así como una herramienta para acercarnos o alejarnos de las emociones según convenga y todo esto a nivel personal se debe utilizar para mejorar la relación personal con el entorno y con las otras personas y así sacar la mayor ventaja de estas relaciones.

En el Laboratorio de emociones de la Universidad de Málaga, se realizó una revisión de los estudios sobre la aplicación del TMMS, y las evidencias obtenidas sugieren que la capacidad de las personas para atender a sus estados afectivos, reconocer correctamente sus sentimientos y reparar sus emociones son un prerequisite para determinar un funcionamiento positivo óptimo y parecen esenciales para el afrontamiento adaptativo al estrés y la mejora del bienestar emocional. (Extremera Pacheco y Rey, 2012).

- Instrumento B. Entrevista semiestructurada.

Para la recolección y análisis de los datos cualitativos se aplicó este instrumento a los Residentes Médicos y a las Autoridades Institucionales. Las entrevistas semiestructuradas (Sampieri Hernandez, Fernandez Collado & Baptista Lucio, 2006), fueron diseñadas por el investigador, y constan de preguntas abiertas y cerradas. Se diseñaron dos modelos para los dos grupos de entrevistados. Se recogió con dicho instrumento datos sobre la formación emocional de los encuestados, y sus fundamentos para la inclusión de la formación de las emociones en el currículo de la carrera de medicina.

Procedimiento en la Aplicación de Instrumentos.

Se elaboraron cartas de Permiso Institucional del Rector de la Universidad de Gestión Privada al Director del Hospital de Alta Complejidad para realizar las entrevistas y el Test de 24 preguntas a los Residentes médicos de Cirugía y las entrevistas a las Autoridades Sanitarias.

Asimismo se presentaron las cartas de consentimiento para la recolección de las firmas de autorización por parte de los sujetos de estudio.

El procedimiento consistió en una breve explicación del autor de la tesis, a los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía, al Director del Hospital, y al Ministro de Salud de la Provincia el objetivo del estudio, garantizándoles el anonimato, la participación voluntaria y la confidencialidad de los datos. Los Residentes Médicos contestaron de manera individual y simultáneamente el test TMMS-24 y la entrevista.

Aplicación de Instrumentos.

Se realizó la triangulación analizando los resultados del cuestionario (cuantitativo y cualitativo), entrevista (cualitativo), estableciendo una relación con las preguntas de investigación y la literatura revisada en el marco teórico. Los resultados cualitativos y cuantitativos de la investigación se integraron en el reporte final y se elaboraron las conclusiones.

La triangulación entre las teorías de la IE. y el desarrollo emocional en distintos contextos nacionales e internacionales, con la toma de conciencia de los Residentes sobre sus emociones y las opiniones de las Autoridades sobre las habilidades emocionales de los Residentes nos coloca en un escenario donde se hace evidente la necesidad de implementar un Programa.

Capítulo V: Análisis y Discusión de los Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la investigación, así como el análisis de los datos más relevantes obtenidos en torno a las preguntas de investigación. Por un lado, sobre el funcionamiento y los recursos emocionales de Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad, con el fin de potenciar la IE de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada. Por el otro, sobre los fundamentos de las Autoridades de Salud para considerar a las emociones como competencias a tener en cuenta en el diseño del currículo.

Resultados obtenidos con el Instrumento A sobre Inteligencia emocional percibida.

A continuación se presentan los resultados del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). En cuanto al análisis de las respuestas del instrumento aplicado, se tomó como referencia la evaluación propuesta por los autores del TMMS-24 con puntajes que se pueden apreciar en el Apéndice B. Los datos se presentan en cuadros y gráficos que permiten visualizar el comportamiento de las dimensiones de las variables estudiadas.

En las tablas 4 y 5, y se observan los porcentajes obtenidos por los Residentes en las tres dimensiones del TMMS-24 (percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación emocional).

Tabla 4

Percepción emocional

Percepción	Poca		Adecuada
	A (Presta poca atención)	B (presta demasiada atención)	
Mujer	100%	0%	0%
Hombre	66,67%	0%	33,33%
Total			

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

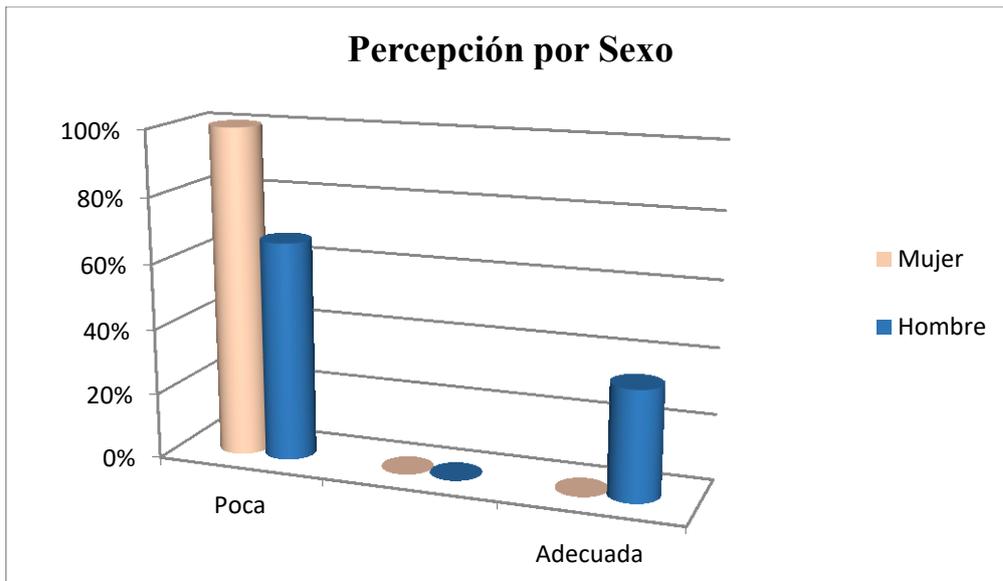


Gráfico 1. Percepción por sexo

El 100 % de las Residentes Médicas (Mujeres) (2 Residentes Médicas (Mujeres)) obtienen una puntuación menor a 24 puntos, es decir, deben mejorar su percepción porque prestan poca atención a sus estados emocionales. Ninguna Residente Médica (Mujer) alcanza una puntuación superior a 25, es decir, ninguna Residente Médica (Mujer) tiene una adecuada atención de sus sentimientos.

El 66,67 % de los Residentes Médicos (Hombres) (2 Residentes Médicos (Hombres)) obtienen una puntuación menor a 21 puntos, es decir, deben mejorar su percepción porque prestan poca atención a sus estados emocionales; y, el 33,33% (1 Residente Médico (Hombre)) tiene una puntuación que oscila entre 22 y 32 puntos, es decir, tienen una adecuada percepción de sus estados emocionales. En total, de los 3, 2 Residentes Médicos (Hombres) (66,67%) deben mejorar la percepción de sus estados emocionales, y 1 (33,33%) percibe adecuadamente sus estados emocionales.

Tabla 5
Comprensión de sentimientos

Comprensión	Poca	Adecuada	Excelente
Mujer	100%	0%	0%
Hombre	66,67	33,33%	0%
Total			0%

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

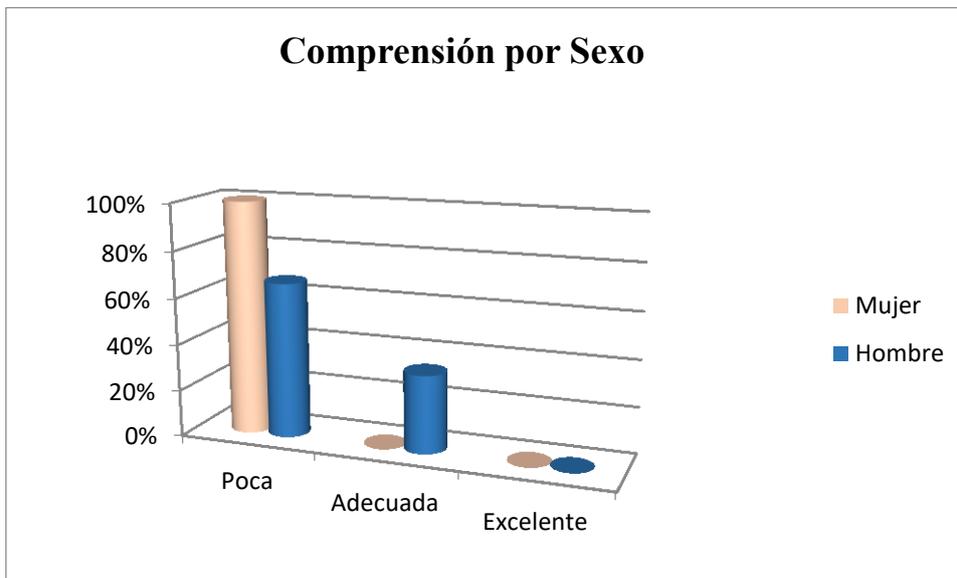


Gráfico 2. Comprensión por sexo

El 100 % de las Residentes Médicas (Mujeres) (2 Residentes Médicas (Mujeres)) obtienen una puntuación menor a 23 puntos, es decir, deben mejorar la comprensión de sus estados emocionales; es decir, ninguna Residente Médica (Mujer) tiene ni una adecuada ni tampoco excelente comprensión de sus estados emocionales.

El 66,67% de los Residentes Médicos (Hombres) (2 Residentes Médicos (Hombres)) obtienen una puntuación menor a 25 puntos, es decir, deben mejorar la comprensión de sus estados emocionales; el 33,33% (1 Residente Médico (Hombre)) tiene una puntuación que oscila entre 26 y 35 puntos, es decir, tiene una comprensión adecuada de sus estados emocionales; ningún alumno alcanza una puntuación superior a 36, es decir, ninguno tiene una excelente comprensión de sus estados emocionales. En total, de los 3 Residentes Médicos

(Hombres), 2 (66,67%) deben mejorar la comprensión de sus estados emocionales, y 1 (33,33%) tienen una comprensión adecuada de sus estados emocionales.

Tabla 6 Regulación emocional

Regulación	Poca	Adecuada	Excelente
Mujer	50%	50%	0%
Hombre	66,67 %	33,33%	0%
Total			0%

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)



Gráfico 3. Regulación por sexo.

El 50% de las Residentes Médicas (Mujeres) (1 Residente Médica (Mujer)) obtienen una puntuación menor a 23 puntos, es decir, deben mejorar la regulación de sus estados emocionales; el 50% (1 Residente Médica (Mujer)) una puntuación que oscila entre 24 y 34 puntos, es decir, tienen una regulación adecuada de sus estados emocionales; y ninguna alcanza una puntuación superior a 35, es decir, no tienen una excelente regulación de sus estados emocionales. En total, de las 2, 1 (50%) debe mejorar la regulación de sus estados emocionales, otra (50%) tiene una regulación adecuada de sus estados emocionales y ninguna tiene una excelente regulación de sus estados emocionales.

El 66,67 % de los Residentes Médicos (Hombres) (2 Residentes Médicos (Hombres)) obtienen una puntuación menor a 23 puntos, es decir, deben mejorar la regulación de sus estados emocionales; el 33,33% (1 Residente Médico (Hombre) tiene una puntuación que oscila entre 24 y 35 puntos, es decir, tienen una regulación adecuada de sus estados emocionales; ningún Residente Médico (Hombre) alcanza una puntuación superior a 36, es decir, ninguno tiene una excelente regulación de sus estados emocionales. En total, de los 3 Residentes Médicos (Hombres), 2 (63,3%) deben mejorar la regulación de sus estados emocionales, y 1 (33,33%) tiene una regulación adecuada de sus estados emocionales.

Comparando las puntuaciones obtenidas en inteligencia emocional percibida de nuestro estudio con las puntuaciones estandarizadas propuestas por Fernandez Berrocal y Extremera Pacheco (2005b) , los resultados de nuestra muestra indican que los Residentes de Cirugía presentan puntuaciones inferiores a los baremos promedio propuestos por estos investigadores en las variables: atención, claridad y reparación emocional.

A partir de estos datos es importante resaltar como los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía en general presentan dificultades en el autoconocimiento de sus propias emociones.

Resultados obtenidos con el Instrumento B. Entrevistas.

Entrevistas a Residentes Médicos del Servicio de Cirugía

El objetivo de la entrevista es identificar la formación emocional de los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía que provienen de distintas Facultades de Medicina. Además categorizar sus fundamentos sobre la necesidad de la educación emocional en la formación académica de grado.

En la primera parte de la entrevista se intenta detectar el grado de conocimiento sobre educación emocional. Para ello se brindó a los entrevistados la definición del concepto Educación emocional y se recogió sus opiniones acerca de la necesidad de su inclusión o no en el currículo de la carrera de medicina.

Los Residentes Médicos respondieron por unanimidad su desconocimiento sobre educación emocional. Expresaron la necesidad de su presencia en el currículo desde el primer año, como así también en forma permanente en todos los niveles, para no perder el entusiasmo de la profesión, mantener una actitud positiva, de buena relación con el equipo médico y los pacientes. La consideraron una fortaleza para enfrentar todos los cambios.

En la segunda parte de la entrevista, los Residentes médicos se expresaron sobre cómo influye la falta de formación emocional en sí mismos y en sus compañeros. Expresaron su

impotencia, en muchas oportunidades para enfrentar angustias y miedos, y también destacaban que no sabían dónde expresar esos sentimientos. Demostraron sufrimiento empático sin saber cómo resolverlo. Hicieron hincapié en el sufrimiento a causa de las presiones vividas. Comentaron sobre el malhumor existente en algunos residentes e instructores. Hay disvalores que se fomentan como la soberbia y el egocentrismo.

La última parte de la entrevista, hace referencia a la formación recibida respecto a la dimensión emocional en la carrera de medicina. Los Residentes Médicos consideraron que su formación fue nula o insuficiente. Si consideramos las respuestas de los entrevistados sobre la etapa de su formación de grado, comprendida entre los años 2002 al 2014, podemos considerar que si bien se persigue el desarrollo integral del médico, la dimensión emocional no ha sido incluida en el currículo prescripto en ese periodo.

En las investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional, la falta de formación emocional se pone en evidencia ante la intensidad de las prácticas médicas que se llevan a cabo en el PFO, en las residencias y en la experiencia profesional de años.

Además desde la perspectiva de la formación permanente, preguntamos si después de haber terminado la carrera han realizado un curso para trabajar la educación de las emociones. Las respuestas revelan que los entrevistados no han realizado ningún curso relacionado con las emociones. Esto evidencia que al no haber sido incluido esta dimensión en la currícula, hoy desconocen la importancia de la misma.

Entrevistas a Autoridades Institucionales.

Se les planteó las mismas preguntas a todos los entrevistados a nivel Autoridades institucionales, brindando la posibilidad en algunas de expresar mayor riqueza informativa según sus experiencias.

La entrevista, en su primera parte, se elabora con el objetivo de recoger información de las Autoridades sanitarias con respecto a la percepción que tiene sobre los problemas emocionales que afectan a los médicos, su nivel de conocimiento sobre educación emocional, así como su valoración de la formación recibida en la dimensión emocional en su carrera. Además categorizar sus fundamentos sobre la necesidad de la educación emocional en la formación académica de grado.

En la segunda parte de la entrevista se pretendió detectaren en qué medida implementaban la educación emocional en sus funciones. Esta estimación se hacía en función del dominio conceptual de los componentes de la educación emocional, y las referencias a estrategias concretas para favorecer su desarrollo. Por ello se explicitó cada uno de los componentes.

Las preguntas introductorias hacen alusión a la problemática sobre las emociones desadaptativas de los médicos, y que les preocupa como Autoridades Institucionales.

Según su percepción, cree que ha aumentado la agresividad, los malos tratos, el malestar en general entre los médicos? Si- No

En este sentido cuando preguntamos por la percepción que tienen las Autoridades sobre estas actitudes negativas, los entrevistados afirmaron que han aumentado. En el caso de las posibilidades que nos brinda la observación directa por la condición de ser Tesista y simultáneamente ser Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad, consideramos que existe una acumulación de emociones no resueltas y que no son canalizadas en las Instituciones. Se observa aislamiento, falta de amabilidad y cortesía, malhumor, irritabilidad, despersonalización, ironía, humor sarcástico y un egoísmo que impide actuar con asertividad, amor y alegría.

Cómo manifiestan la agresividad, los malos tratos, el malestar en general los médicos?

Los entrevistados han manifestado que existe una falta de atención a los pacientes.

Desde la observación cercana y cotidiana como Jefe Del Servicio de Cirugía, son varias las tensiones y situaciones que actúan como factores desencadenantes en ese dato negativo que llega a las Autoridades. Los Residentes Médicos están sujetos a una escala jerárquica en la que se naturaliza el maltrato junto a una sobrecarga horaria, como un valor en la resistencia, la superación del dolor, lo que provoca tensiones y malestar.

-En los equipos de salud donde se trabaja con insatisfacción, con tensiones, podemos observar que esos médicos ejercen influencias poco apropiadas sobre los enfermos y sus enfermedades.

-Pero es en el grupo estudiado, en los residentes médicos, donde los malos tratos se han naturalizado. Existe un maltrato sistemático aplicado a la escala jerárquica en la residencia médica. Los residentes de primer año ocupan el último escalón de esta escala y su actividad es supervisada por residentes con uno o dos años más de experiencia. Es en este nivel, jefes de residentes, residentes supervisores, instructores, donde se encuentra la mayor prevalencia de maltrato, legitimada por la actitud permisiva de los médicos con mayor experiencia que no condenan estas actitudes, y en oportunidades las ejercen convirtiéndose en modelos a imitar por los médicos en formación. Son muchas las anécdotas de los residentes, en las que refieren haber sido sometidos a situaciones de maltrato durante su formación, como así también el sarcasmo de los Jefes de los Residentes en sus comentarios acerca del sometimiento irracional, a través de sobrecargas de tareas como castigo a los jóvenes médicos.

-Probablemente un médico que ha completado la parte más importante de su entrenamiento en un ambiente de desigualdad, discriminación y violencia, tendrá dificultades para adquirir las características de humanidad que necesitará para el buen desenvolvimiento de su profesión.

-Es muy evidente que el componente emocional trasciende el acto médico esencial, es decir la relación médico-paciente y se proyecta al entorno, a la familia, a la vida personal del médico... el médico estaría en plenitud si fuera consciente de las ventajas de poseer y desarrollar la inteligencia emocional...

¿Ha percibido algún otro tipo de problema emocional que afecte de forma significativa a los profesionales médicos?

Se considera que lo único importante en la atención a la salud de los pacientes es lo referido a lo biológico, y se considera pérdida de tiempo todo lo referido a lo emocional.

¿Cómo interfieren estas manifestaciones en el trabajo en equipo?

Las Autoridades consideran que las emociones desadaptativas influyen negativamente. Estas condiciones de trabajo en la prestación asistencial, en un ambiente con tensiones, injusticias, probablemente influirán en el equipo. La especificidad de la prestación asistencial precisa una atención diferenciada, al tratar con seres humanos como enfermos. Los Sistemas de Salud y los Servicios de Salud no contemplan, en general, los aspectos emocionales de las prestaciones sanitarias, y del trabajo en equipo, en particular. Por ello, los aspectos emotivos, tanto negativos como positivos, quedan sujetos a las conductas individuales de los médicos sin ningún tipo de orientación

Sin embargo existen médicos con habilidades emocionales que crean en su equipo sentimientos de bienestar y solidaridad. Poseen una actitud positiva, mantienen la cortesía y la amabilidad con los pacientes, familiares y equipo de salud, creando un ambiente agradable, que promueve el bienestar. Son médicos que tienen paciencia y asertividad. A su vez, estos médicos con más emociones positivas y más felices y que son más empáticos con sus pacientes, son los más estables emocionalmente y sufren con menor frecuencia síntomas de depresión y burnout tan frecuentes en la profesión. Estos hallazgos podrían sugerir que determinados factores sociales y/o familiares positivos favorecen su comportamiento emocional.

A partir de las respuestas a estas cuatro preguntas se infiere que las Autoridades están preocupadas por la problemática emocional de los médicos, y como ésta interfiere en la atención a los pacientes. Con las dos siguientes preguntas se intentó vislumbrar que es lo que las Autoridades conocen de la Educación Emocional.

¿Conoce usted lo que es educación emocional?

Cuando se les preguntó si conocían la educación emocional, dos de los entrevistados manifestaron no saber nada al respecto. En tanto, como autor de la Tesis, nuestra respuesta es afirmativa, por ser un concepto clave en la investigación.

Definición de Educación emocional por Rafael Bizquerra

La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social.

Con la pregunta 7 se recabó información acerca de la percepción que tienen las Autoridades sobre el papel que tiene la Facultad de Medicina en la educación emocional, o si es un aspecto que considera que no es responsabilidad de esta Institución Académica. Previamente a realizar esta pregunta, informamos sobre lo que considerábamos como educación emocional, según la definición de Bizquerra.

En su opinión ¿considera importante que se trabaje la dimensión emocional en la Facultad de Medicina o considera que es una función que no le corresponde a la Universidad?

Frente a la cuestión, de si la educación emocional debe trabajarse en la Facultad de Medicina o no, la totalidad de los entrevistados apuntó que la educación emocional debe tratarse en la formación de los profesionales médicos.

Si respondió afirmativamente la anterior pregunta ¿considera que es positivo para el profesionalismo médico que la educación emocional sea un proceso educativo continuo y permanente, puesto que debe estar presente a lo largo de todo el currículum académico y en la formación permanente a lo largo de toda la vida?

Cuando se preguntó a los entrevistados sobre la necesidad de una educación emocional continua y permanente, tanto en el currículum prescripto, como en la formación de posgrado estuvieron todos de acuerdo, lo que nos induce a pensar que las Autoridades se hallan motivadas para introducir en la formación académica la educación de las emociones.

¿Cómo calificaría la formación que recibió en la carrera de medicina para trabajar las emociones? Muy buena- buena-aceptable- Insuficiente- nula.

El tema de la anterior pregunta hace referencia a la formación recibida respecto de la dimensión emocional en la carrera de Medicina. Le pedimos a los entrevistados que calificaran la formación recibida dándole a optar entre cuatro opciones (Muy buena- buena-aceptable- Insuficiente- nula) y todos consideran que su formación fue insuficiente.

¿Ha realizado algún curso de formación que le haya aportado información para educar las emociones? ¿Cuál o cuáles?

Desde la perspectiva de la formación permanente, preguntamos si después de haber terminado la carrera han realizado algún curso de formación en educación de las emociones. Las respuestas revelan que las Autoridades no han realizado ningún curso de formación relacionado. En nuestra condición de autor de la Tesis, además de la investigación en este tema, esta formación fue complementada con la Diplomatura en Pedagogía y Didáctica en Ciencias de la Salud, y la concurrencia al Servicio de Salud Mental en el Hospital de Alta Complejidad.

Las siguientes 5 preguntas están referidas a los componentes más relevantes de la educación emocional con el fin de averiguar si estas habilidades emocionales las trabajan en su entorno. Para facilitar las respuestas explicábamos que entendíamos por cada uno de los aspectos señalados y les poníamos un ejemplo.

11. ¿Hay algunos de los aspectos concretos, que a continuación se enumerarán, que trabaje como Ministro de Salud, Director del Hospital, Jefe de Servicio?

1) Conocer las propias emociones: tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento en el momento en que ocurre. Una incapacidad en este sentido nos deja a merced de las emociones incontroladas.

Cuando preguntamos si trabajaban la habilidad para conocer y comunicar sus propias emociones, respondieron que sí. Se destacó los diversos conflictos que se suscitan en las relaciones por el trabajo médico quirúrgico. Ante esta situación, se procura el dialogo ante todo para evitar malos entendidos, angustias, rencores entre los profesionales, entre los profesionales, pacientes y familiares. Ello influye positivamente en las demandas por mala praxis.

2) Manejarlas emociones: La habilidad para manejar los propios sentimientos a fin de que se expresen de forma apropiada se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones. La habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad es fundamental en las relaciones interpersonales.

-Existen situaciones límites donde se requiere el conocimiento del manejo emocional de las relaciones interpersonales.

-Si bien la respuesta fue afirmativa, inferimos que no la trabajan dado el desconocimiento que tienen de las emociones.

3) Motivarse a sí mismo: Una emoción tiende a impulsar una acción. Por eso las emociones y la motivación están íntimamente interrelacionados.

Encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, automotivarse, manejarse y realizar actividades creativas. El

autocontrol emocional conlleva a demorar gratificaciones y dominar la impulsividad, lo cual suele estar presente en el logro de muchos objetivos.

-Se observó la dificultad para contestar esta pregunta.

-Es fundamental dar ejemplo, lo mejor es dialogar y no enfrentarse, mantener el diálogo constructivo hasta las últimas consecuencias. El Dialogo y el buen trato deben ser constantes en todos los niveles

4) Reconocer las emociones de los demás: El don de gentes fundamental es la empatía.

Las personas empáticas sintonizan mejor con las sutiles señales que indican lo que los demás necesitan o desean. Esto las hace apropiadas para las profesiones de la ayuda y servicios en sentido amplio.

Las respuestas afirmativas con respecto a la habilidad de empatía demostraron una mejor comprensión del concepto.

-Se consideró que es más fácil resolver el conflicto con empatía, que, siendo autoritario, cortante, frío, sin sentimientos, ello nunca llega a buen fin, porque se entra en la confrontación y en la profundización de los sentimientos negativos.

5) Asertividad: capacidad para defender las propias opiniones, decisiones y creencias.

-Tampoco en este caso se notaba comprensión del concepto, pero la respuesta fue afirmativa.

-La asertividad la da la construcción diaria del conocimiento de la solución de los conflictos, siempre en el camino del dialogo, la amabilidad, la verdad.

De las entrevistas se desprende que las Autoridades Institucionales están concientizadas de la necesidad de trabajar la educación emocional en las instituciones académicas y en el entorno sanitario, pero también una total falta de formación en las emociones. Las pocas manifestaciones verbales referidas a la dimensión emocional en las respuestas ponen en evidencia esta ausencia en su formación académica.

En nuestra condición de Jefe del Servicio de Cirugía y además autor de la Tesis, se pudo abordar con mayores posibilidades de percepción sobre la dimensión emocional de los Residentes Médicos de Cirugía.

Validez.

La validez del instrumento se confirmó al contener preguntas que abordan las tres dimensiones de la IE. y componentes de la educación emocional, lo que permitió triangular la información obtenida en el TMMS-24 con los datos obtenidos en las entrevistas y se compararon las respuestas de las Autoridades con las de los alumnos.

Análisis de Datos

La intención de aplicar los dos métodos a este estudio, se fundamenta en la necesidad de analizar y triangular los resultados obtenidos del instrumento aplicado a los Residentes médicos para medir su IE. y el instrumento, las entrevistas, aplicado tanto a los Residentes como a las Autoridades Sanitarias para conocer la formación emocional de ambos participantes y las fundamentaciones que consideran para que se implemente la educación emocional en las instituciones académicas y en el entorno sanitario. Y comparar si los resultados obtenidos en el TMMS-24 se relacionaron con las expresiones que Residentes y Autoridades plasmaron en las respuestas de las entrevistas.

.Asimismo presentamos la interpretación y discusión de los resultados de la investigación a la luz de los estudios previos que sustentan este trabajo, y la literatura revisada en el marco teórico.

Análisis de los datos obtenidos sobre inteligencia emocional percibida en los Residentes Médicos y la información proveniente de las entrevistas.

Los resultados de nuestra muestra indican que los Residentes de Cirugía presentan puntuaciones inferiores a los baremos promedio en las variables: atención, claridad y reparación emocional. A partir de estos datos es importante resaltar como los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía en general presentan dificultades en el autoconocimiento de sus propias emociones.

Este dato sobre las dificultades de los Residentes Médicos para reconocer sus propias emociones reveladas en el autoinforme, se relaciona cuando hacen referencia en la entrevista, a la formación recibida respecto a la dimensión emocional en la carrera de medicina. Los Residentes Médicos consideraron que su formación fue nula o insuficiente. Esta falta de formación emocional se revela cuando expresan impotencia en muchas oportunidades para enfrentar angustias y miedos. Al respecto, según Fernández Berrocal (2004) la dificultad para reconocer los propios sentimientos y los factores que inciden en él, deja a la persona a merced de sus emociones, por el contrario las personas con estas habilidades consiguen conducir mejor sus vidas y se hacen más responsables de sus actos y de las consecuencias que estos generan, condiciones indispensables para los profesionales médicos.

Precisamente, estos momentos de crisis que se dan en la práctica médica se los puede considerar una oportunidad formativa para exponer y compartir las angustias, miedos y fragilidades y trabajarlas con el docente, con el fin de promocionar la madurez afectiva.

Otros de los datos referidos por los residentes médicos es la falta de oportunidad que brinda la residencia para expresar los sentimientos y pedir ayuda. Comentaron sobre actitudes negativas de instructores y el fomento de disvalores como la soberbia, el egocentrismo. Estos datos referidos al entorno sanitario concuerdan con la falta de formación emocional académica por parte de las Autoridades sanitarias expresada en la entrevista.

Esta carencia se revela en los datos que nos aporta la entrevista a las Autoridades sanitarias en una acumulación de emociones no resueltas y que no son canalizadas en las Instituciones. Las Autoridades observan aislamiento, falta de amabilidad y cortesía, malhumor, irritabilidad, despersonalización, ironía, humor sarcástico y un egoísmo que impide actuar con asertividad, amor y alegría, que se manifiesta en la atención a los pacientes.

Los datos de las Autoridades Sanitarias sobre las actitudes de los médicos nos proporcionan evidencias de desgaste emocional. En la revisión de la literatura científica internacional sobre la investigación de la inteligencia emocional percibida en médicos pertenecientes a instituciones hospitalarias mexicanas, se pone en evidencia una estrecha relación entre la aparición del desgaste y una baja atención a sus emociones, poca comprensión de sus estados emocionales y dificultades para interrumpir emociones negativas y prolongar las positivas. (Ortiz-Acosta, y Beltrán-Jiménez, 2011)

Este dato negativo acerca de los Residentes tiene factores desencadenantes que son expresados en la entrevista por el Jefe de Servicio de Cirugía. Sostiene que la escala jerárquica a la que están sujetos los Residentes Médicos es donde se naturaliza el maltrato junto a una sobrecarga horaria, como un valor en la resistencia, la superación del dolor, lo que provoca tensiones y malestar.

Estos datos de nuestro estudio relacionados con el ámbito hospitalario adquieren especial relevancia, sobre todo si tenemos antecedentes de investigación en otras instituciones.

El estudio realizado por la becaria Mariana Andrea Maruco, en el año 2008, sobre el desgaste emocional y su relación con las variables epidemiológicamente consideradas de riesgo en profesionales de la salud de un Hospital General del Conurbano Bonaerense, confirma que las condiciones de trabajo en la prestación asistencial, en un ambiente con tensiones, injusticias, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales y de rol, probablemente influirá en las conductas desadaptativas de los médicos, como agotamiento emocional, baja realización personal en el trabajo y despersonalización. (Marucco, 2008).

García-García (2009) realizaron una investigación para conocer la Inteligencia emocional de los médicos residentes del Hospital General de México y la influencia del ambiente hospitalario en que se desempeñan. Los autores llegaron a la conclusión de que es importante

desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud porque es en el contexto organizacional de los hospitales donde es necesario la detección y modificación de aspectos estresantes, muchos de los cuales son ajenos al control de los residentes. Estos estresores dificultan la formación académica y humana del médico.

De acuerdo a los datos brindados por las Autoridades Sanitarias, unos pocos Residentes Médicos demostraron tener habilidades para incluir aspectos emocionales en las diversas tareas que realizan en el entorno sanitario. Estos hallazgos podrían sugerir que determinados factores sociales y/o familiares positivos podrían favorecer su comportamiento emocional. En este sentido, el estudio realizado por Miranda, Vázquez & García. (2011), en una muestra de Residentes Médicos de Cirugía, establecieron la relación existente entre el funcionamiento familiar positivo de la familia de origen de los médicos residentes así como las diferencias obtenidas en la medición de la empatía, para establecer consideraciones en torno a la necesidad de incluir la educación de las habilidades emocionales y sociales en los currículos de los egresados.

Del análisis de los resultados del estudio, los investigadores comprobaron que cuando en las relaciones familiares se expresan los afectos, se adaptan o flexibilizan las reglas, y se comparte una comunicación abierta y clara puede generarse una percepción positiva o funcional que estará altamente relacionada con el desarrollo de la empatía y con otras habilidades personales y sociales.

Con esta investigación los autores llegaron a la conclusión de que si los comportamientos de conducta social habilidosa se aprenden en el hogar, es posible considerar que en las organizaciones educativas médicas y profesionales se establezcan y evalúen las competencias emocionales. (Miranda, Vázquez & García, 2011)

Los Residentes expresan en la entrevista la necesidad de implementar la educación emocional para no perder el entusiasmo de la profesión, mantener una actitud positiva, de buena relación con el equipo médico y los pacientes.

En estudios de investigación analizados, los datos revelan que en los primeros años de la formación de grado, los estudiantes tienen mucho entusiasmo por ser médicos. Los resultados sobre el CE de estudiantes de tercer año de Medicina, cursantes de la materia Psicología Médica, calificaron como competentes emocionalmente, con inteligencia emocional promedio. (Prieto-Rincón, Inciarte-Mundo, Rincón-Prieto, et al. (2008, Enero-marzo). Los investigadores plantearon como conclusión que la muestra al ser extraída cuando los alumnos apenas comienzan sus prácticas en las instituciones hospitalarias, quizás no han tenido mucho

roce con pacientes y no han podido desarrollar o probar, con situaciones vividas por ellos mismos, su inteligencia emocional.

Podemos decir que, de acuerdo a los datos obtenidos en nuestra investigación, es en la Residencia Médica donde se pone en evidencia la falta de formación emocional. En las investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional, la falta de formación emocional se pone en evidencia ante la intensidad de las prácticas médicas que se llevan a cabo en el PFO, en las residencias y en la experiencia profesional de años.

Existen pocos estudios en Argentina sobre la Inteligencia Emocional y la implicación que tiene en el sector sanitario, en especial en los médicos. Uno de ellos es el dispositivo piloto desarrollado en el módulo de Salud mental del PFO en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Los resultados proporcionan evidencias acerca de la importancia de brindarles a los médicos un espacio para que desarrollen estas habilidades y tomen conciencia de la relevancia del saber poder hacerse cargo de las emociones y turbulencias de sus pacientes y de las propias. (Flugelman, 2014)

Asimismo, son pocos los estudios realizados con muestras de residentes médicos en nuestro país, respecto a la formación emocional. Uno de ellos es el llevado a cabo en el Hospital Italiano con residentes de Pediatría, usando como herramienta la narrativa (Carrió, De Cunto, Cacchiarelli, et al., 2008, Tajer, 2011). Esta intervención, se replicó en el Servicio de Cardiología del Hospital El Cruce permitiéndole a los médicos residentes, valorar tanto la experiencia humana y la emoción, como la información científica. (Carrió, De Cunto, Cacchiarelli, et al., 2008, Tajer, 2011). Es de destacar que esta iniciativa nació de la inquietud tanto de las autoridades hospitalarias como de los residentes que fueron conscientes de la falta de formación emocional.

El hallazgo realizado a partir de nuestros datos sobre la necesidad de la formación emocional académica, es respaldado por la literatura científica en un artículo publicado sobre la percepción de una muestra de graduados de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste Argentino (UNNE), egresados en el período 1992-2002, respecto a la formación médica recibida y las competencias médicas adquiridas. (De Espínola, Blanca-Melis, González, et al., (2002).

Los médicos entrevistados, con una experiencia profesional de 10 años, reconocieron estar menos capacitados en las nuevas competencias relacionadas con las dimensiones sociales y humanas, y consideran que hoy son fundamentales para el ejercicio de la medicina. (De Espínola, Blanca-Melis, González, et al., 2002)

Además desde la perspectiva de la formación permanente, preguntamos a los Residentes Médicos y a las Autoridades Sanitarias, si después de haber terminado la carrera han realizado un curso para trabajar la educación de las emociones. Las respuestas revelan que los entrevistados no han realizado ningún curso relacionado con las emociones. Este dato evidencia que al no haber sido incluido esta dimensión en la currícula, hoy desconocen la importancia de la misma.

Este dato puede interpretarse a la luz de la investigación sobre desgaste emocional en profesionales de la salud de un hospital del conurbano bonaerense. Los resultados fueron los siguientes: La sobrecarga laboral, los conflictos interpersonales y los conflictos de rol fueron los principales predictores de agotamiento emocional, baja realización personal en el trabajo y despersonalización. (Marucco, 2008) Ante estos resultados se les propuso pasar a la etapa de pensar estrategias de autocuidado lo que no prosperó. La investigadora considera que esta negativa obedece probablemente a una deficiencia en la formación de los profesionales que carecen de un enfoque orientado a la promoción y prevención de su propia salud emocional. (Marucco, 2008)

Los datos determinaron que en general los profesionales naturalizan el estrés laboral, si bien se percatan de que el contexto personal, profesional e institucional en el que se desenvuelven les determina varios aspectos de su vida cotidiana. (Marucco, 2008)

Cuando se les preguntó sobre las competencias emocionales de sus compañeros les resultaba difícil reconocerlas. Destacaban sobre todo sus habilidades clínicas, y valoraban que los conocimientos específicos les brindaban más seguridad, confianza y bienestar. En este sentido, la literatura científica expresa que la respuesta emotiva del Residente Médico ante diversos factores estresantes, suele ser la impotencia, y generalmente no se le da espacio para que la trabaje, para que hable de ella con franqueza. (Lara et al., 2009). Ello genera en el estudiante un distanciamiento que encuentra amparo en la técnica, en la tecnología, en la evidencia científica y en los protocolos. (Lara et al., 2009; Moreto et al., 2017).

Nuestros datos coinciden con otras investigaciones realizadas previas a un taller de formación emocional, en que se muestran altas demandas y pobres competencias emocionales, altos niveles de disonancia emocional y empatía (sufrimiento empático) en profesionales sanitarios.

Después del taller, se produjeron incrementos en competencia emocional, que podían influir en la disminución del sufrimiento empático. Se consiguió que los participantes fueran conscientes de sus emociones y las pudieran identificar. (Soria, Rodríguez, & Gumbau, 2006). Ante esta diferencia de resultados, podemos intuir que el proceso de aprendizaje y

entrenamiento en competencias emocionales posibilitó un mayor afrontamiento emocional. El valor científico y aplicado de este antecedente de investigación es muy importante para nuestro proyecto, porque nos da a conocer la metodología para valorar la eficacia de la intervención realizada en un hospital, a través de la formación emocional de un grupo experimental a largo plazo y su comparación con un grupo control sin esa formación.

Los resultados de nuestro trabajo sobre las competencias emocionales de los Residentes Médicos ponen de manifiesto la necesidad de implementar un Programa de educación emocional en el currículo prescripto.

Este currículo emergente que observamos a través de las encuestas que hemos realizado a los Residentes del Hospital Público y a las Autoridades sanitarias, es también considerado por el Dr. Carlos Tajer en su proyecto de investigación. Sostiene que el cambio está en manos de las generaciones que hoy toman decisiones para mejorar la formación emocional y humanística de los médicos jóvenes. Considera que la mayor parte de los programas de formación de posgrado en las residencias, no contemplan la relación médico-paciente ni las metodologías para su entrenamiento, ni brindan un espacio para la reflexión sobre los conflictos emocionales de la carrera. (Tajer, 2011)

Asimismo, los expertos que participaron en el II Congreso de Inteligencia Emocional y Bienestar que se celebró en Zaragoza en mayo de 2015, propusieron “... a las instituciones de salud y educativas, profesionales de la educación y partidos políticos un Pacto por la Educación, que contemple la educación emocional como uno de los pilares fundamentales”. (p.17)

Evidentemente, a través de un buen entrenamiento, los estudiantes de medicina, pueden llegar a tener consciencia de sus propios procesos emocionales con la finalidad de mejorar aquellos que están en crisis, y la aplicación de las habilidades metacognitivas en la solución de los problemas en la esfera socio afectiva. Es decir estar conscientes de sus propios sentimientos, que factores los generan y como pueden controlarlos.

Por lo tanto, es conveniente implementar programas de formación de habilidades emocionales en el currículo que permitan a los futuros profesionales desarrollar estrategias de afrontamiento ante las situaciones adversas que vivirán a lo largo de su trayectoria profesional.

Capítulo VI: Conclusiones

Luego de haber realizado el análisis de los datos proporcionados por los dos Instrumentos, se procede a presentar las conclusiones derivadas de los mismos, relacionadas con la hipótesis y los objetivos de la investigación. Se plantearán contrastaciones entre la literatura especializada, los estudios empíricos nacionales e internacionales analizados y los datos obtenidos en la muestra. Finalmente se inferirá una teoría explicativa de la percepción de las propias emociones de los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía, como de sus competencias emocionales, teniendo como fundamentos los datos aportados por las Autoridades Institucionales, de manera breve y propositiva. Todo ello dará el fundamento que sustenta la IE tanto en el currículo prescrito como en el oculto en la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de Gestión Privada. Este currículo emergente nace de los intereses y necesidades de los estudiantes de Medicina como de las Instituciones Médicas y de la sociedad a la que brindan su servicio.

Nuestra hipótesis relaciona un mayor logro de las competencias emocionales de los Médicos Residentes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta complejidad, como son las capacidades para identificar las propias emociones y las de las demás, autocontrolarse y habilidades emocionales, con una formación sistemática en educación emocional.

Consecuentemente nuestro objetivo general ha sido describir y comparar las competencias emocionales de un grupo de control de Médicos Residentes del Servicio de Cirugía con respecto a otro experimental proveniente de la Facultad de Medicina de Gestión Privada, con una formación sistemática en educación emocional, que probablemente ingrese a la residencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad una vez que finalice su formación de grado.

A partir de las puntuaciones obtenidas en inteligencia emocional percibida, en general los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía, presentan dificultades en el autoconocimiento de sus propias emociones. Los resultados indican que en general las variables se comportaron de acuerdo a los estudios internacionales y nacionales analizados similares.

Por otra parte, los residentes de Cirugía, en la entrevista, reconocieron no haber tenido formación emocional durante su carrera, lo que les dificultaba enfrentar angustias y miedos, y también destacaban que no sabían dónde expresar esos sentimientos. Cuando se les preguntó sobre las competencias emocionales de sus compañeros les resultaba difícil reconocerlas. Reconocían sólo sus habilidades clínicas.

La información recogida de las Autoridades sanitarias con respecto a la percepción que tienen sobre los problemas emocionales que afectan a los médicos, como así también su nivel de conocimiento sobre educación emocional, y la valoración de la propia formación recibida en la dimensión emocional en su carrera, pone en evidencia la ausencia en la formación emocional en las estructuras médicas.

En el contexto sanitario hay un currículo oculto que no tiene en cuenta las emociones. Esto atenta contra una práctica médica adecuada para el desarrollo de competencias emocionales comparada con las premisas teóricas de la educación emocional.

Es necesario que las Autoridades conozcan las competencias emocionales y sus procesos de desarrollo, el modo en que influyen en la personalidad del estudiante de medicina y en la práctica profesional para que consideren que las emociones se constituyan en un campo de conocimiento dentro de la formación médica y la propicien desde sus ámbitos de influencia.

Unos pocos médicos demostraron tener habilidades para incluir aspectos emocionales en las diversas tareas que realizan en el entorno sanitario, promoviendo el autocontrol, la asertividad, la autoeficacia percibida, la comprensión y otros estados emocionales.

Gracias a esta información que nos brindó la Escala de Autoinforme y las Entrevistas y en función del análisis de la bibliografía expuesto en el marco teórico del proyecto, y los antecedentes de investigación empíricas, extraemos que las competencias emocionales que se deben trabajar con mayor profundidad son la Conciencia Emocional, las Habilidades Sociales, y la Regulación Emocional.

Finalmente, agradecemos a las Autoridades Institucionales y a los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía, que nos permitieron realizar la investigación. Lo que hemos aprendido de ellos difícilmente lo encontraremos en un libro. Esperamos que este trabajo de investigación pueda transmitir parte de ese aprendizaje para vivir esta profesión en plenitud. Nos merecemos, como profesionales de la salud que cuidamos del otro, una vida de calidad, más auténtica y digna, especialmente para brindarnos a aquellos que más lejos están de tenerla. Consideramos que el conocimiento y la práctica de la Inteligencia emocional complementan nuestra formación académica y fortalece nuestro compromiso fraterno, nos recuerda que somos llamados a ser comunidad y a cuidarnos tanto a nosotros como a los demás.

Limitaciones

A continuación se exponen las limitaciones del estudio y las propuestas de nuevas preguntas de investigación. Se formulan recomendaciones y se mencionan las implicaciones de la investigación en el contexto tanto educativo como sanitario.

Los estudios llevados a cabo para la presentación de esta tesis doctoral presentan limitaciones que describimos a continuación:

El diseño de la investigación es transversal en un grupo de control. El grupo experimental formado en competencias emocionales aún no ha egresado para evaluar las variables predictoras de la IE en la práctica médica.

El escaso tiempo que disponen los entrevistados, Residentes Médicos y Autoridades Institucionales, para profundizar en la investigación.

A pesar de estas limitaciones, pensamos que los estudios llevados a cabo presentan resultados interesantes para promover la IE. en la práctica médica, su aplicación en la formación académica de futuros médicos y para la comunidad científica interesada en el campo de la IE.

Futuras líneas de investigación

Actualmente, seguimos trabajando en el estudio de las habilidades emocionales, y las Competencias emocionales de los estudiantes de Medicina y de Nutrición. Algunas de estas investigaciones, a nivel general, son:

-Evaluación del programa formativo en habilidades socioemocionales en el currículo de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de Gestión Privada. Estudio longitudinal.

-Análisis y evaluación de las estrategias pedagógicas más convenientes para desarrollar competencias emocionales, y habilidades comunicativas en el currículo de Medicina.

-Extensión de la evaluación de las habilidades socioemocionales y comunicativas en estudiantes de la Carrera de Nutrición de la Facultad de Medicina de Gestión Privada.

-Proyecto de intervención continua a través de la Comisión Coordinadora de Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Cognitivo – Emocional- para mejorar las competencias emocionales de los estudiantes de las Carreras de Medicina y de Licenciatura en Nutrición.

- Propuesta de SECyT de la Universidad de Gestión Privada para formular esta Tesis Doctoral como proyecto de investigación.

Lista de Referencia

- Albanesi de Naseta, S., & Naseta, P. (2006). Desgaste emocional de los ambos blancos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13 (1), 51-58. Recuperado el 17 de marzo de 2015 de <http://www.alcmeon.com.ar/13/49/albanesi.htm>
- Argentina, Academia Nacional de Medicina. (1997). *Declaraciones. Deshumanización en la medicina*. Recuperado el día 8 de marzo de 2015 <http://www.acamedbai.org.ar/declaraciones/19.php>
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Maletá, M., Siufi, G., & Wagenaar, R. (2007). *Informe final del Proyecto Tuning América Latina: Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina 2004-2007*. Recuperado el día 23 de marzo de 2015 de <http://tuning.unideusto.org/tuningal/www.rug.nl/let/tuningal>
- Bimbela Pedrola, J. L. (2006). Cuidando al pediatra: habilidades emocionales y de comunicación. *AEPap*, 339-347. Recuperado el 7 de mayo de 2016 de https://www.aepap.org/sites/default/files/cuidando_pediatra.pdf
- Bisquerra Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43. Recuperado el día 5 de marzo de 2015 de <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/%2B99071/94661>
- Bisquerra Alzina, R. (Coord.). (2009). *La educación emocional en la práctica*. Barcelona: ICE-Horsori.
- Bisquerra Alzina, R. (2012). Orígenes y desarrollo de la educación emocional en España. En Bisquerra, R., Punset, E., García Navarro, E., López-Cassá, E., Pérez-González, J. C., & Planells, O. *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. (Pp.14-24). Barcelona: Editorial FAROS, Hospital Sant Joan de Déu.
- Bisquerra Alzina, R. (2016a). Universo de emociones: la elaboración de un material didáctico. In *Inteligencia Emocional y Bienestar II: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones* (pp. 20-31). Ediciones Universidad de San Jorge. Recuperado el día 25 de mayo de 2016 de http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/UNIVERSO-DE-EMOCIONES-R_BISQUERRA-1.pdf
- Bisquerra Alzina, R. (2016b). Educación emocional. Documento inédito elaborado para las I Jornadas del Máster en Resolución de Conflictos en el Aula. Recuperado en 7 de enero

- de 2017, de <http://online.ucv.es/resolucion/files/Bisquerra-R.-2016.-Educaci%C3%B3n-emocional.pdf>
- Borrell, R., & Godue, C. (2008). *La formación en Medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. Washington: OPS. Recuperado el día 23 de mayo de 2015 de http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/OPSLa_Formacion_en_Medicina_Orientada_hacia_la_Atencion Primaria_de_Salud.pdf
- Borrell-Carrió, F. (2007). Competencia emocional del médico. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(3), 133-141. Recuperado el 16 de junio de 2016 de http://www.academia.edu/9769466/competencia_emocional_del_cl%C3%ADnico
- Carrió, S., De Cunto, C., Cacchiarelli, N., Ceriani Cernadas, C., Catsiacaris, C., & Usandivaras, I. (2008). Medicina narrativa en Pediatría: relato de una experiencia. *Archivos argentinos de pediatría*, 106(2), 138-142. Recuperado el 22 de septiembre de 2016, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000200008&lng=es&tlng=es.
- Cuéllar-Montoya, Z. (2003). "Itinerario Histórico de la ALANAM" 1967-2002. *Revista MEDICINA, Vol. 25 No. 3 (63) - (3)*, 196-200. Recuperado el día 7 de marzo de 2015 de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/viewFile/63-7/645>
- Damasio, A. (5 de Octubre de 2008). El cerebro, teatro de las emociones. (E. Punset, Entrevistador). Recuperado el día 26 de mayo de 2016 de <http://www.eduardpunset.es/419/charlas-con/el-cerebroteatro-de-las-emociones>
- Damasio, A. (2011). El origen de los sentimientos. (Executive Excellence, Entrevistador), *Executive Excellence* (85). Recuperado el 15 de septiembre de 2016 de http://www.eexcellence.es/index.php?option=com_content&view=article&id=857:executive-excellence-&catid=38:mano-a-mano&Itemid=55
- David, P. A., & Foray, D. (2002). Una introducción a la economía y a la sociedad del saber. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* (171). Recuperado el día 29 de mayo de 2015 de <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/171-fulltext171spa.pdf>
- De Bolonia, D. (1999). Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación. Recuperado el 12 marzo de 2014 de: http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf
- de Espínola, H., Blanca-Melis, I. G., González, M. A., & Regnier, E. (2002). Los graduados de medicina evalúan la pertinencia de la formación médica. *Facultad de Medicina-UNNE*.

- Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2002/01-Sociales/S-054.pdf>
- de Gauna, P. R., Moro, V. G., & Morán-Barrios, J. (2015). Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educación Médica*, 16(1), 34-42. Recuperado en 29 de agosto de 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000078>
- Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., GeremeK, B., y otros. (1996). *Informe a la Unesco de la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI: la educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana: Ediciones UNESCO. Recuperado el 17 de marzo de 2015 de http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter
- Ekman, P. (5 de Octubre de 2008). Por qué nos emocionamos. (E. Punset, Entrevistador). Recuperado el día 29 de mayo de 2016 de <http://www.eduardpunset.es/420/charlas-con/por-que-nos-emocionamos>. 2008
- Extremera Pacheco, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología* (80), 59-77. Recuperado el día 29 de junio de 2015 de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80-3.pdf>
- Extremera Pacheco, N. y Rey, L. (2012). Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. *Boletín de psicología*, 104, 87-101. Recuperado el día 25 de mayo de 2015 de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-5.pdf>
- Fasce, M. (2005). Enseñanza de la empatía en Medicina. *Rev. Educ. Cienc. Salud*, 2 (2), 100-102. Recuperado en 7 de marzo de 2016 de <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol222005/art2205c.pdf>
- Fernandez Berrocal, P., & Ramos Diaz, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y estrés*, 5 (2-3), 247-260. Recuperado el día 1 de julio de 2016 de http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones_empiricas.pdf
- Fernandez Berrocal, P., & Pacheco, N. (2005a). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 19 (3), 63-93. Recuperado el día 25 de marzo de 2015

de:http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf61modelo_de_mayer_salovey.pdf

- Fernandez Berrocal, P. y Extremera Pacheco, N. (2005b). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 101-122. Recuperado el día 29 de julio de 2016 de [http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/Trait%20Meta%20Mood%20Review%20\(2005\).pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/Trait%20Meta%20Mood%20Review%20(2005).pdf)
- Fernandez Berrocal, P. (2009). Darwin y el misterio de las emociones. *Uciencia*, 1, 32-34. Recuperado el día 3 de diciembre de 2015 de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4064/investigacion4.pdf?sequenc>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., & Cabello, R. (2009). *Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín. Recuperado el día 18 de marzo de 2015 de <https://boletindenoticias.fundacionbotin.org/Educacion/IE09/AvancesInteligenciaEmocional-IE09.pdf>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R. S., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2011). *Inteligencia Emocional: 20 años de Investigación y Desarrollo*. Santander: Fundación Botín. Recuperado el día 3 de diciembre de 2015 de <http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/2libro-FernandezCoords2011-20anos.pdf>
- Fernández-Berrocal, P., Berrios-Martos, P., Extremera, N., & Augusto, J. M. (2012). Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos. *Behavioral Psychology*, 20(1), 5-13. Recuperado el día 1 de julio de 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Fernandez-Berrocal/publication/230887037_Inteligencia_emocional_22_anos_de_avances_empiricos/links/00b49528ded3e574f9000000.pdf
- Flugelman, R. (2014, Julio). Habilidades relacionales: una estrategia para su enseñanza. *Revista Argentina de Educación Médica*, 6 (2), 52-56. Recuperado el día 12 de junio de 2015 de http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/n6_14/52-56-EM2-5-Flugelman.pdf
- Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto?. *Revista iberoamericana de educación superior*, 6(16), 110-125. Recuperado en 3 de enero de 2016, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722015000200006

- Fundación Botín (2014). *Programa Educación Responsable*. Santander: Fundación Botín. Pedruca 1. 39003. Recuperado el día 30 de julio de 2016 de http://www.fundacionbotin.org/educacion-responsable_educacion.htm
- Fundación Botín. (2015). *Educación emocional y social. Análisis internacional*. Santander: Fundación Botín. Pedruca 1. 39003 . Recuperado el día 30 de julio de 2016 de [https://www.fundacionbotin.org/89dguuytdfr276ed_uploads/EDUCACION/ANALISIS%20INTERNACIONAL/2015/espanol/ES2015 Informe%20Completo.pdf](https://www.fundacionbotin.org/89dguuytdfr276ed_uploads/EDUCACION/ANALISIS%20INTERNACIONAL/2015/espanol/ES2015%20Informe%20Completo.pdf)
- García García, E. (2008). Los aprendizajes necesarios en la sociedad del conocimiento. In *Global* (Vol. 5, No. 23, pp. 66-75). Funglode. Recuperado el día 5 de marzo de 2015 de <http://eprints.sim.ucm.es/8678/1/FUNGLODE.pdf>
- García-García, J. A., García-García, G. E., Arnaud-Viñas, M. R., González-Martínez, J. F., Arámbula-Morales, E. G., & Mendoza-Guerrero, J. A. (2009). Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México. *Revista médica de México. Hospital General*, 72, 178-186. Recuperado el día 25 de marzo de 2015 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094b.pdf>
- Gardner, H. (2001). *Estructuras de la mente: la teoría de las inteligencias múltiples*. (2º ed.). Colombia: Fondo de Cultura económica.
- Gobierno de Argentina, Ministerio de Educación y Deportes, Secretaría de Políticas Universitarias (2016). Proyecto Alfa Tuning América Latina. Recuperado el día 19 de octubre de 2016, desde: http://portales.educacion.gov.ar/spu/cooperacion-internacional/cooperacion_bilateral/proyecto-alfa-tuning-america-latina/
- González, J., Wagenaar, R., & Beneitone, P. (2004). Tuning-América Latina: un proyecto de las universidades. *Revista iberoamericana de educación*, 35 (1), 151-164. Recuperado el 12 de marzo de 2014 de https://www.researchgate.net/profile/Robert_Wagenaar2/publication/28078676_TuningAmrica_Latina_un_proyecto_de_las_universidades/links/0deec53c579b1998b400000.pdf
- González-Blasco, P., Pinheiro, T. R. S., Ulloa-Rodríguez, M. F., & Angulo-Calderón, N. M. (2009). El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje. *Persona y Bioética*, 13(2), 114-127. . Recuperado el 16 de junio de 2016 de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v13n2/v13n2a02.pdf>

- Gordillo, F., Mestas, L., Pérez, M. A., Lozano, J. H., López, R. M., y Arana, J. M. (2013). La expresión facial de las emociones: Historia y aplicaciones. *Ciencia Cognitiva*, 7:1, 19-21. Recuperado el 6 de junio de 2016 de <http://medina-psicologia.ugr.es/~cienciacognitiva/files/2013-8.pdf>
- Gordillo, F., Pérez, M. A., Arana, J. M., Mestas, L., & López, R. M. (2015). Papel de la experiencia en la neurología de la expresión facial de las emociones. *Rev Neurol*, 60,(316- 320). Recuperado el día 25 de junio de 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Fernando_Leon2/publication/274089996_Papel_de_la_experiencia_en_la_neurologia_de_la_expresion_facial_de_las_emociones/links/551b94fe0cf2fdce8438a06b/Papel-de-la-experiencia-en-la-neurologia-de-la-expresion-facial-de-las-emociones.pdf
- GROP (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica). (2017). Recuperado el día 1 de junio de 2017 de <http://www.ub.edu/grop/es/>
- Gutiérrez Fuentes, J. A. (2016). Formación y competencia emocional en la educación médica [12º Encuentro de Verano de Educación Médica]. *Educación Médica*, 17(Supl. 1), 14-20. Recuperado en 7 de enero de 2017 de <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-linkresolver-formacion-competencia-emocional-educacion-medica-X1575181316539791>
- Hernández-Vargas, C. I., & Dickinson-Bannack, M. E. (2014). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Investigación en Educación Médica*, 3 (11), 155-160. Recuperado el día 28 de junio de 2015 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505714727425>
- Horwitz C, N. (2004). El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. *Rev. méd. Chile* , 132 (6), 768-772. Recuperado el día 8 de marzo de 2015 de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600015>
- Infante Campos, A. (2011). Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6) 2725-2732, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado el día 22 de mayo de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110011>
- Jacovella, P. F. (2015). Reflexiones sobre educación médica. *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4(2). Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/viewFile/6241/5622>
- Kleinman, A., & Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26. Recuperado el día 25 de mayo de 2015 de <https://eutanasia.ws/hemeroteca/sufrimmoral.pdf>

- Lara, J. R. L., Moral, R. R., & Campayo, J. G. (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención primaria*, 41(11), 646-649. Recuperado en 6 de enero de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001966>
- LeDoux, J., & Bernal, I. M. (1999). *El cerebro emocional*. Buenos Aires: Planeta.
- Ledoux, J. (2007). Diálogo con el temor: entrevista a Joseph Ledoux. (E. Punset, Entrevistador). *Gaceta de psiquiatría universitaria*, 3 (4), 397-400. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl
- Lozano, J. F. (2000). Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud*, 36(3), 113-119. Recuperado el día 20 de junio de 2016 de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacion-medico-paciente-15330>
- M Salguero, J., Ruíz, D., Fernández-Berrocal, P., & González-Ordi, H. (2008). Inteligencia Emocional y sugestionabilidad: efectos sobre el nivel de ansiedad en una muestra de mujeres universitarias. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 143-158. Recuperado el día 29 de julio de 2016 de http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf48muestra_mujeres_universitarias.pdf
- Martin, D., & Boeck, K. (1997). *Que es Inteligencia emocional*. Madrid: EDAF.
- Martínez, M; Vasco, C E; (2011). Sentimientos: encuentro entre la neurobiología y la ética según Antonio Damasio. *Revista Colombiana de Bioética*, 6() 181-194. Recuperado el 16 de setiembre de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189222558012>
- Marucco, M. A. (2008). *Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias preventivas en profesionales de la salud un hospital general del conurbano bonaerense*. Buenos Aires. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/img_destacados/documentos-destacado-3/0.3f-marucco.pdf
- Mayer, J. (16 de 9 de 2009). Inteligencia emocional. (F. Botín, Entrevistador) Recuperado el día 1 de julio de 2016 de https://www.youtube.com/watch?v=s_GILd3Rgv0
- Miranda, L. G. S., Vázquez, R. R., & García, A. I. (2011, octubre-diciembre). Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 16(4), 221-228. Recuperado el día 12 de junio de 2015 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114f.pdf>

- Molero, J. M. (2006). Comunicación médico-paciente: Comunicación de malas noticias. *El médico interactivo .Diario electrónico de la sanidad*. Recuperado el 27 de marzo de 2016 de http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2006/temas/tema12/cmu1.php
- Mora, F. (20 de 8 de 2013). Solo se puede enseñar a través de la alegría. (S. Marquès Camps, Entrevistador) Recuperado en 29 de noviembre de 2015, de <http://elemotional.com/2013/08/20/francisco-mora-teruel-solo-se-puede-ensenar-a-traves-de-la-alegria/>
- Mora, F. (2012). ¿Que son las emociones? En R. Bisquerra, E. Punset, E. García Navarro, E. López-Cassá, J. C. Pérez-González, & O. Planells, *¿Cómo educar las emociones?. La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. (págs. 14-24). Barcelona: Faros, Hospital Sant Joan de Déu. Recuperado el día 28 de mayo de 2015 de http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/faros_6_cast.pdf
- Moreto, G., Blasco, P. G., & Piñero, A. (2017). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*. Recuperado en 7 de junio de 2017, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300141>
- Ochoa Pacheco, P. (2013). La crisis del profesionalismo medico. Entre la nostalgia del pasado y las condiciones del presente. *XI Congreso Nacional de Sociología*. Madrid. Recuperado el día 19 de mayo de 2015 de https://www.researchgate.net/publication/307213972_LA_CRISIS_DEL_PROFESIONALISMO_MEDICO_ENTRE_LA_NOSTALGIA_DEL_PASADO_Y_LAS_CONDICIONES_DEL_PRESENTE
- Orejudo Hernández, S., Royo Más, F., Soler Nages, J. L., & Aparicio Moreno, L. (2014). *Inteligencia emocional y bienestar: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Recuperado el día 13 de diciembre de 2015 de https://www.researchgate.net/profile/Yaritza_Garces_Delgado/publication/280011429_Proyectos_de_vida_la_importancia_de_educar_en_emociones_y_habilidades_sociales/links/55a39cbb08ae72349bbc2397/Proyectos-de-vida-la-importancia-de-educar-en-emociones-y-habilidades-sociales.pdf

- Ortiz-Acosta, R., & Beltrán-Jiménez, B. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica*, 14 (1), 49-55. Recuperado el día 25 de mayo de 2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original4.pdf>
- Ortiz-Acosta, R., & Beltrán-Jiménez, B. E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación médica*, 14(1), 49-55. Recuperado el 20 de junio de 2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original4.pdf>
- Palomera, R., Fernández-Berrocal, P., & Brackett, M. A. (2008). La inteligencia emocional como una competencia básica en la formación inicial de los docentes: *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6 (15), 437-454. Recuperado el día 8 de marzo de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121924010>
- Pedrals G, Nuria, Rigotti R, Attilio, & Bitran C, Marcela. (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. *Revista médica de Chile*, 139(7), 941-949. Recuperado el día 16 de febrero de 2016 de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700018>
- Pérez-González, J., & Pena Garrido, M. (2012). Construyendo la ciencia de la educación emocional. *Padres y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, 0(342), 32-35. Recuperado el día 16 de febrero de 2016 de <http://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/317>
- Planas, J. A., & Orejudo, S. (2017). Conclusiones del III Congreso de Inteligencia Emocional y Bienestar. *III Congreso internacional de Inteligencia emocional y bienestar*. Zaragoza. Recuperado el día 3 de diciembre de 2015 de <http://www.congreso inteligencia emocional.com/archivos/7392>
- Planas, J. A., & Orejudo, S. (2017). Resúmenes, comunicaciones y posters. *III Congreso Internacional de Inteligencia emocional y Bienestar*, (págs. 1-468). Zaragoza. Recuperado el día 1 de junio de 2017 de http://www.congreso inteligencia emocional.com/wp-content/uploads/2017/05/ciieb-2017_resumenes-de-comunicaciones-y-posters.pdf
- Prieto-Rincón, D., Inciarte-Mundo, J., Rincón-Prieto, C., & Bonilla, E. (2008). Estudio del coeficiente emocional en estudiantes de medicina. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(1), 10-15. Recuperado el día 21 de marzo de 2015 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000100002&script=sci_arttext
- Punset, E. (2012). Prólogo En Bisquerra, R., Punset, E., García Navarro, E., López-Cassá, E., Pérez-González, J. C., & Planells, O. *¿Cómo educar las emociones. La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. (pp.14-24). Barcelona: Editorial FAROS, Hospital Sant Joan de Déu.

- Soler Nages, J. L., Aparicio Moreno, L., Díaz Chica, O., Escolano Pérez, E., & Rodríguez Martínez, A. (2016). *Inteligencia emocional y bienestar II: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones*. Zaragoza: Ediciones Universidad San Jorge. Recuperado el día 3 de diciembre de 2016 de http://www.congresointeligenciaemocional.com/wp-content/uploads/2016/03/ACTAS_INTELIGENCIA-EMOCIONAL-Y-BIENESTAR-II.pdf
- Soria, M. S., Rodríguez, A. M., & Gumbau, S. L. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, (29), 46-51. Recuperado el día 3 abril de 2015 de <http://pdfs.wke.es/8/5/5/9/pd0000018559.pdf>
- Tajer, Carlos D. (set/octubre, 2011). La formación cultural y humana del cardiólogo: Una propuesta práctica. *Revista argentina de cardiología*, 79(5), 478. Recuperado en 29 de agosto de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482011000500020&lng=es&tlng=es.
- UNESCO. (1998). *Declaración mundial sobre la educación superior en el Siglo XXI: visión y acción*. UNESCO.
- UNESCO. (1998). *Marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la educación superior aprobados por la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior*. UNESCO.
- UNESCO. (2005). *Hacia las sociedades del conocimiento*. Paris: Ediciones UNESCO. Recuperado el día 19 de mayo de 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001419/141908s.pdf>
- Vivas García, M. (2003). La educación emocional: conceptos fundamentales. *Sapiens. Revista Universitaria de investigación*, 4 (2). Recuperado el 12 marzo de 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41040202>

Bibliografía sobre Metodología de la Investigación

- Sabino, C. (1994). *Como hacer una tesis*. Caracas: Panapo.
- Sabino, C. (1996). *El proceso de investigación*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Eco, H. (1998). *Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: Gedisa.
- Sampieri Hernandez, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Samaja, J. (2004). *Proceso, diseño y proyecto en investigación científica: cómo elaborar un proyecto sin confundirlo con el diseño ni con el proceso*. JVE Ediciones.

Apéndice

Apéndice A. Permiso Institucional y Cartas de consentimiento de usos de la información a Residentes y Autoridades.

Permiso institucional.

Hospital Justo José de Urquiza

Dr. Carlos Cherot

Director del Hospital Justo José de Urquiza

De mi mayor consideración:

Por este medio me permito solicitar el apoyo basado en el convenio que la Institución que usted dirige tiene con la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción del Uruguay, para que el Dr. Ricardo Masramón pueda realizar los trabajos de investigación correspondientes, sobre los niveles de Inteligencia emocional en los Residentes Médicos del Servicio de Cirugía de este Hospital de Alta Complejidad y sobre la necesidad de educar las emociones en los profesionales médicos, en su Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló”

Con el firme compromiso de desarrollar estas actividades en el marco ético y de acuerdo a lo establecido en los convenios entre nuestras instituciones le informo, que el Dr. Ricardo Masramón queda comprometido a realizar un test de 24 preguntas y una entrevista a los Residentes médicos de Cirugía, como así también entrevistas a las Autoridades sanitarias.

Somos conscientes de que la colaboración entre instituciones es vital para el avance científico y tecnológico del país, por lo que le reitero mi total compromiso de seguir colaborando con ustedes en el desarrollo sostenible del mismo.

Saludo muy atentamente.

Dr. Héctor Sauret

Rector de la Universidad de Concepción del Uruguay.

Carta de consentimiento de usos de la información para Residentes.

Por medio de la presente quiero invitarle a participar en un estudio realizado sobre el nivel de Inteligencia emocional y la formación académica en los Residentes del Servicio de Cirugía. Soy alumno del Doctorado en Ciencias de la Salud del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló”. Este estudio está siendo realizado por mí como parte de mi tesis, con el respaldo de las autoridades del Instituto Universitario “Fundación Héctor A. Barceló” y la asesoría de profesores de dicha institución. Se espera que este estudio participe en una muestra de 5 (cinco) Residentes de Cirugía.

Si decide aceptar esta invitación, su participación consistirá básicamente en: proporcionar un conjunto de datos personales para fines demográficos, responder a un test compuesto de 24 preguntas sobre Inteligencia emocional por un lado, y su formación académica en lo emocional, por otro. Esto me permitirá conocer en qué medida usted percibe, comprende y regula sus emociones.

Toda la información obtenida en este estudio será estrictamente confidencial. Las autoridades del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló” no tendrán acceso a la información que cada uno de ustedes proporcione en lo particular. El test y la entrevista que ustedes hayan respondido serán llevados a mi casa y guardado bajo llave. Los nombres serán codificados de tal manera que no aparecerán en la base de datos que será analizada por mis asesores. Si los resultados de este estudio son publicados, contendrán únicamente información global del conjunto de residentes participantes.

Su participación en este estudio es voluntaria y de ninguna forma afectará en su entorno laboral. Si decide participar ahora, pero más tarde opta por cancelar su participación, lo puede hacer cuando así lo desee sin que exista problema alguno. Si tiene alguna pregunta, estoy a sus órdenes. Si decide participar en este estudio, por favor anote su nombre, firma y fecha en la parte inferior de esta carta, como una forma de manifestar su aceptación y consentimiento a lo aquí estipulado.

Nombre del participante

Nombre del investigador

Firma

Firma

Fecha

Fecha

Carta de consentimiento de usos de la información para Autoridades Sanitarias.

Por medio de la presente quiero invitarle a participar en un estudio realizado sobre la necesidad de educar las emociones en los profesionales médicos. Soy alumno del Doctorado en Ciencias de la Salud del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló”. Este estudio está siendo realizado por mí como parte de mi tesis, con el respaldo de las autoridades del Instituto Universitario “Fundación Héctor A. Barceló” y la asesoría de profesores de dicha institución.

Si decide aceptar esta invitación, su participación consistirá básicamente en: proporcionar un conjunto de datos personales para fines demográficos, responder a una entrevista para caracterizar las opiniones de las Autoridades Sanitarias sobre la necesidad de educar las emociones en los profesionales médicos.

Toda la información obtenida en este estudio será estrictamente confidencial. Las autoridades del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló” no tendrán acceso a la información que cada uno de ustedes proporcione en lo particular. La entrevista que ustedes hayan respondido será llevada a mi casa y guardada bajo llave. Los nombres serán codificados de tal manera que no aparecerán en la base de datos que será analizada por mis asesores. Si los resultados de este estudio son publicados, solo contendrán únicamente información global del conjunto de las Autoridades sanitarias.

Su participación en este estudio es voluntaria y de ninguna forma afectará en su entorno laboral. Si decide participar ahora, pero más tarde opta por cancelarla, lo puede hacer cuando así lo desee sin que exista problema alguno. Si tiene alguna pregunta, estoy a sus órdenes. Si decide participar en este estudio, por favor anote su nombre, firma y fecha en la parte inferior de esta carta, como una forma de manifestar su aceptación y consentimiento a lo aquí estipulado.

Nombre de la Autoridad

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

Apéndice B. Instrumentos utilizados

Nombre de la escala: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).

Autores: Adaptación de Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995).

Instrucciones:

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

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

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

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

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

	Definición
Atención	Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada
Claridad	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales
Reparación	Soy capaz de <i>regular los</i> estados emocionales correctamente

Evaluación.

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *atención emocional*, los ítems del 9 al 16 para el factor *claridad emocional* y del 17 al 24 para el factor *reparación de las emociones*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan.

Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Claridad	Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
	Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
	Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Reparación	Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
	Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
	Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

Plantilla de entrevista para Residentes.

El objetivo de la entrevista es identificar la presencia o no de las áreas formativas en educación emocional en los planes de estudios de las Facultades medicina de donde provienen los Médicos Residentes de Cirugía del Hospital de Alta complejidad y caracterizar las opiniones sobre la necesidad de la educación emocional en el diseño curricular del Proyecto de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada y de la formación continua en los profesionales médicos. Esta entrevista tiene carácter confidencial y anónimo.

¿Conoce usted lo que es educación emocional?

La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (Bisquerra Alzina, 2003, p.27).

En su opinión ¿considera importante que se trabaje la dimensión emocional en la Facultad de Medicina o considera que es una función que no le corresponde a la Universidad?

Si respondió afirmativamente la anterior pregunta ¿considera que es positivo para el profesionalismo médico que la educación emocional sea un proceso educativo continuo y permanente, puesto que debe estar presente a lo largo de todo el currículum académico y en la formación permanente a lo largo de toda la vida?

¿Qué competencias emocionales puede reconocer en los otros Residentes Médicos del Servicio de Cirugía del Hospital de Alta Complejidad?

¿Cómo calificaría la formación que recibió en la carrera de medicina para trabajar las emociones? Muy buena- buena-aceptable- Insuficiente- nula.

¿Recuerda el nombre de las asignaturas referentes a la educación emocional si las hubiera cursado?

¿En qué Facultad de Medicina realizó sus estudios?

¿En qué periodo realizó su formación de grado?

¿Ha realizado algún curso de formación que le haya aportado información para educar las emociones? ¿Cuál o cuáles?

Plantilla de entrevista para Autoridades Sanitarias.

El objetivo de la entrevista es caracterizar las opiniones de las Autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos, del Hospital de Alta Complejidad y del Jefe de Servicio de Cirugía, sobre la necesidad de la educación emocional en el diseño curricular del Proyecto de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Gestión Privada y de la formación continua en los profesionales médicos. Esta entrevista tiene carácter confidencial y anónimo.

Según su percepción, ¿cree que ha aumentado la agresividad, los malos tratos, el malestar en general entre los médicos? Si- No

¿Cómo manifiestan la agresividad, los malos tratos, el malestar en general los médicos?

¿Ha percibido algún otro tipo de problema emocional que afecte de forma significativa a los profesionales médicos?

¿Cómo interfieren estas manifestaciones en el trabajo en equipo?

¿Conoce usted lo que es educación emocional?

La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (Bisquerra Alzina, 2003, p.27).

En su opinión ¿considera importante que se trabaje la dimensión emocional en la Facultad de Medicina o considera que es una función que no le corresponde a la Universidad?

Si respondió afirmativamente la anterior pregunta ¿considera que es positivo para el profesionalismo médico que la educación emocional sea un proceso educativo continuo y permanente, puesto que debe estar presente a lo largo de todo el currículum académico y en la formación permanente a lo largo de toda la vida?

¿Cómo calificaría la formación que recibió en la carrera de medicina para trabajar las emociones? Muy buena- buena-aceptable- Insuficiente- nula.

¿Ha realizado algún curso de formación que le haya aportado información para educar las emociones? ¿Cuál o cuáles?

¿Hay algunos de los aspectos concretos, que a continuación se enumerarán, que trabaje como Ministro de Salud, Director del Hospital, Jefe de Servicio?

1) Conocer las propias emociones: tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento en el momento en que ocurre. Una incapacidad en este sentido nos deja a merced de las emociones incontroladas.

2) Manejarlas emociones: La habilidad para manejar los propios sentimientos a fin de que se expresen de forma apropiada se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones. La habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad es fundamental en las relaciones interpersonales.

3) Motivarse a sí mismo: Una emoción tiende a impulsar una acción. Por eso las emociones y la motivación están íntimamente interrelacionados.

Encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, automotivarse, manejarse y realizar actividades creativas. El autocontrol emocional conlleva a demorar gratificaciones y dominar la impulsividad, lo cual suele estar presente en el logro de muchos objetivos

4) Reconocer las emociones de los demás: El don de gentes fundamental es la empatía.

Las personas empáticas sintonizan mejor con las sutiles señales que indican lo que los demás necesitan o desean. Esto las hace apropiadas para las profesiones de la ayuda y servicios en sentido amplio

5) Asertividad: capacidad para defender las propias opiniones, decisiones y creencias.

Anexo

Anexo A

Modelos dominantes en educación médica.

Modelo biomédico clásico	Modelo del enfoque centrado sobre la persona
Reduccionista: pone el acento sobre lo que es “defectuoso” y lo repara	Enfoque sistémico: se interesa a la situación global – el paciente en su globalidad y del contexto
El cuerpo es “una máquina”	El cuerpo es un “organismo”
Corregir el mecanismo defectuoso	Aprovechar el poder de la curación natural
Causalidad lineal, causa única y pensamiento dicotómico (sea una, sea la otra)	Causalidad compleja, p.ej: teoría de la complejidad y del pensamiento incluyente (también / y)
Distinción entre cuerpo y espíritu	Integración del cuerpo y del espíritu
Acento puesto sobre la enfermedad, como entidad distinta de la persona	Acento puesto sobre la persona y sus vivencias, cualquiera que sea el problema
Puesta en valor de las ciencias fundamentales tradicionales: fisiología, anatomía, patología, etc.	Integración de las ciencias del comportamiento y de las ciencias humanas a las ciencias biológicas y demográficas
Búsqueda de la certeza	Aceptación de la inevitabilidad de la incertidumbre
El médico debe mantenerse como observador imparcial y desligado → el médico es un científico clínico	El médico debe comprometerse y tener en cuenta su subjetividad y su cociente emocional → el médico es un “curador”

Fuente: Mann, 2011

Nota. Recuperado de “Algunas tendencias actuales en educación médica”, de Brailovsky, C. A., y Centeno, Á. M. 4 de octubre, 2012. Recuperado de <http://redu.net/redu/files/journals/1/articles/462/public/462-1502-2-PB.pdf>

Anexo B

Retrato de un estudiante de Medicina. Pablo Picasso. 1907.



Nota. Recuperado de “La formación cultural y humana del cardiólogo. Una propuesta práctica”, de Tajer, J. set/octubre, 2011. Recuperado de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185037482011000500020&lng=es&tlng=es.

Anexo C

Dos citas finales.

Recomendaciones de los pacientes a los médicos.

«No todos los pacientes pueden salvarse, pero sus enfermedades pueden ser más llevaderas según responda el médico ante ellos, y al responder ante ellos el propio médico puede salvarse. Pero antes que nada ha de volver a ser un estudiante; es preciso que diseccione el cadáver de su persona –o máscara- profesional; es necesario que entienda que su silencio y su neutralidad son antinaturales. Acaso sea necesario que renuncie a una parte de su autoridad a cambio de recuperar su humanidad, pero, como bien saben los médicos de familia éste no es un mal trato. Cuando aprenda a hablar con sus pacientes, el médico tal vez vuelva, por medio de la palabra, a tomar afecto por su trabajo. Tiene poco que perder y lo tiene todo por ganar dejando que el enfermo entre en su corazón. Si lo hace, ambos podrán compartir –y muy pocos pueden compartir así- el asombro, el terror y la exaltación de quien está al filo mismo del ser, entre lo natural y lo sobrenatural.»

Anatole Broyard ('Ebrio de enfermedad')

«Yo creo que llegará el día, en que el enfermo se abandonará en las manos de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con sólo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo, me dirigiré a mi viejo médico de familia. El me mirará en el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Después toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón, y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría.»

Antoine De Saint Exupery. París, Abril de 1936

Gutiérrez Fernández, R. (10 de febrero de 2017, p.37). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38. Recuperado de <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/c3c59e5f8b3e9753913f4d435b53c308.pdf>