



Universidade do Minho



Università di Genova



universidad de León



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA



L-Università ta' Malta



Universitatea Ștefan cel Mare Suceava



SERIOUS GAMES

EMOTIONAL COMPETENCE HANDBOOK



Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Información sobre la publicación

Título: Manual de Competencia Emocional

Diseño: Logotipo del proyecto: Ritta Castro | Portada y contraportada: Cover Gabriel Cramariuc

Edición: Primera edición

Fecha de publicación: Diciembre 2023

URI: <https://hdl.handle.net/1822/87373>

ISBN: 978-989-35409-2-3

DOI: 10.21814/1822.87373

DERECHOS DE AUTOR Y CONDICIONES DE USO POR TERCEROS

Se trata de un trabajo académico que puede ser utilizado por terceros, siempre que se respeten las normas y buenas prácticas aceptadas internacionalmente en materia de derechos de autor y derechos afines. La obra puede utilizarse de acuerdo con las condiciones expuestas en la licencia que figura a continuación. Si el usuario necesita permiso para utilizar la obra en condiciones no especificadas en la mencionada licencia, deberá ponerse en contacto con el autor a través de la Universidad de Minho.

Licencia concedida a los usuarios de esta obra



Atribuição-NãoComercial-Sem Derivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimientos:

El equipo de coordinación desea expresar su gratitud a la Dra. Natalia Antunes, el Dr. Dominique Correia, el Dr. Ricardo Saraiva y la Sra. Guilhermina Pires por su inquebrantable apoyo a lo largo de este proyecto.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
PRÓLOGO	7
EDITORES	8
AUTORES	9
Capítulo 1	Introducción 10
Capítulo 2	Teorías y modelos de inteligencia emocional 13
2.1	La Teoría de las Inteligencias Múltiples: Howard Gardner 13
2.2	La inteligencia emocional como capacidad: el modelo de Mayer y Salovey 14
2.3	La inteligencia emocional como rasgo: el modelo de rasgos de Petrides 19
2.4	Modelo de competencias emocionales de Bisquerra y Escoda 20
2.5	Modelos mixtos de inteligencia emocional 24
Capítulo 3	Intervenciones de regulación de las emociones 31
3.1	Emociones en la asistencia sanitaria 31
3.2	Regulación de las emociones 32
3.3	Regulación de las emociones en la asistencia sanitaria 34
3.4	Efectos intrapersonales e interpersonales de la regulación de las emociones en la asistencia sanitaria 37
3.5	Entrenamiento en regulación emocional para profesionales sanitarios 39
3.6	Intervenciones de regulación emocional: entrenamiento en regulación emocional (modelo ART) 41
Capítulo 4	Aprendizaje basado en problemas en la formación de enfermería 52
4.1.	Introducción 52
4.2.	Cómo elaborar un caso práctico basado en el ABP 54
4.3.	Emociones positivas/negativas: casos prácticos 57
4.4.	Cómo evaluar el ABP con el alumnado 58
Capítulo 5	Competencias emocionales: enfoques de evaluación del alumnado 62

5.1.	Introducción	62
5.2.	Examen oral: enfoque del “triple salto”	63
5.3.	Competencias emocionales con un caso de “triple salto”: María	65
5.4.	Evaluación de las habilidades clínicas mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE)	69
5.5.	Competencias emocionales: escenario del examen OSCE para un juego de roles	71
Capítulo 6	La Escala Veiga de Competencia Emocional (ECVS)	75
6.1	Introducción	75
6.2	Competencia emocional	77
6.3	Las dimensiones de la competencia emocional: términos operativos	79
6.4	Medición de la competencia emocional	84
Capítulo 7	La realidad virtual en la formación de la competencia emocional	101
7.1	La realidad virtual	101
7.2	La realidad virtual en la formación de enfermería	102
7.3	El <i>serious game</i> SG4NS	104
Capítulo 8	Conclusión y futuras recomendaciones	109
8.1	Resumen	109
8.2	Futuras recomendaciones para la contribución de los educadores de enfermería al desarrollo de competencias emocionales entre los estudiantes de enfermería	111

PRÓLOGO

Bienvenidos al Manual de Competencia Emocional. Esta completa guía es un componente integral de nuestro innovador programa de formación pedagógica, meticulosamente diseñado para mejorar la comprensión y dominio de la competencia emocional. Este programa es uno de los resultados intelectuales del Proyecto Erasmus+, “*Serious games: desarrollo de la competencia emocional en estudiantes de enfermería*”.

En el extraordinariamente evolutivo mundo moderno, la inteligencia y la competencia emocionales son habilidades indispensables. Estas habilidades nos permiten navegar por las complejidades de las relaciones interpersonales, comunicarnos eficazmente y alcanzar el éxito personal y profesional. Reconociendo el papel crucial que la competencia emocional desempeña en nuestras vidas, hemos desarrollado este curso para ofrecer una experiencia de aprendizaje estructurada, atractiva y envolvente.

Este viaje tiene sus orígenes en los sagrados pasillos de la Universidad de Minho, cuando un grupo de visionarios docentes de la Escuela de Enfermería identificaron una brecha formativa en esta rama. Mientras que se hacía hincapié en las competencias técnicas, a menudo se pasaba por alto las competencias emocionales. En el complejo y emocionalmente cargado mundo de la atención sanitaria, estos educadores reconocieron que los auxiliares de enfermería necesitaban algo más que conocimientos clínicos: necesitaban una profunda comprensión de la competencia emocional para proporcionar una holística y compasiva atención a los pacientes.

Este manual servirá de brújula a lo largo del curso, ofreciendo instrucciones claras y concisas, explicaciones perspicaces y ejercicios prácticos. Este manual ha sido diseñado para ayudar a perfiles de todos los niveles, ya sean estudiantes, profesionales o simplemente personas interesadas en comprender mejor las emociones y su impacto en nuestras vidas.

Le animamos a sumergirse en esta experiencia de aprendizaje con una mente abierta, voluntad de explorar y compromiso con su crecimiento personal. La competencia emocional es un empeño que dura toda la vida, y este curso le dotará de los conocimientos y herramientas necesarios para navegar por el intrincado terreno de las emociones.

Al embarcarse en este transformador viaje, recuerde que la competencia emocional no es solo una habilidad: es una forma de vida. Esperamos que este curso y el manual le capaciten para dominar el arte de comprender y gestionar las emociones, tanto sus propias emociones como sus interacciones con los demás. Al final de este curso, tendrá una apreciación más profunda del gran impacto que la competencia emocional puede tener en su vida personal y profesional.

Extendemos nuestra más sincera gratitud a todo el equipo que ha puesto su granito de arena en este proyecto, cuya dedicación y experiencia han hecho posible este programa formativo y este manual. Este material es un testimonio del poder de la colaboración y la involucración, y ha sido posible gracias a estimados colaboradores como la Universidad Politécnica de Braganza, la Universidad de León, la Universidad de Génova, la Universidad de Malta y la Universidad Ștefan cel Mare de Suceava. Esta colaboración simboliza la fusión armoniosa de mentes, la convergencia de conocimientos especializados y la visión compartida para mejorar la educación en enfermería.

Tenemos la esperanza colectiva de que los estudiantes de enfermería acojan su sabiduría interior y lleven la antorcha de la competencia emocional a los entornos sanitarios que pronto honrarán.

Mis mejores deseos para una experiencia de aprendizaje fructífera y transformadora.

Coordinadora del proyecto Erasmus + SG4NS

Prof. Dra. Lisa Gomes

Universidad de Minho, Portugal

EDITORES

Lisa GOMES	Universidade de Minho, Portugal
Annamaria BAGNASCO	Universidade de Génova, Italia
Daren CHIRCOP	Universidade de Malta, Malta
Gianluca CATANIA	Universidade de Génova, Italia
Giuseppe ALEO	Universidade de Génova, Italia
João CAINÉ	Universidade de Minho, Portugal
Maria Augusta BRANCO	Instituto Politécnico de Braganza, Portugal
Maria CASSAR	Universidade de Malta, Malta
Roderick BUGEJA	Universidade de Malta, Malta
Rui PEREIRA	Universidade de Minho, Portugal

AUTORES

Universidad de Minho, Portugal

Lisa GOMES
Filomena SOARES
João CAINÉ
Paulo NOVAIS
Rui PEREIRA

Instituto Politécnico de Braganza, Portugal

Maria Augusta BRANCO

Instituto Politécnico de Cávado y Ave, Portugal

Vitor CARVALHO
Eva OLIVEIRA
Inés OLIVEIRA

Universidad Stefan cel Mare de Suceava, Rumanía

Adina COLOMEISCHI
Andrea URSU
Alina IONESCU-CORBU
Florin TIBU

Universidad de Génova, Italia

Annamaria BAGNASCO
Gianluca CATANIA
Giuseppe ALEO

Universidad de León, España

Letícia VALDEÓN
Inés CASADO
Letícia BARRIONUEVO

Universidad de Malta, Malta

Maria CASSAR
Daren CHIRCOP
Georgios YANNAKAKIS
Marvin ZAMMIT
Roderick BUGEJA
Silvi RUSI

CAPÍTULO 1

Introducción

Autores: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

La inteligencia emocional es un elemento fundamental en el ejercicio de la profesión enfermera. La capacidad de un/a auxiliar de enfermería para percibir y evaluar las emociones propias y ajenas; su habilidad para generar sentimientos y emociones con el fin de facilitar las actividades cognitivas; su capacidad para comprender la información impulsada por los afectos; y su capacidad para realizar una buena (auto)gestión de las emociones, con el fin de promover el crecimiento emocional e intelectual y las relaciones socialmente adaptativas durante las interacciones con los pacientes, es una “habilidad de alto nivel de la práctica enfermera basada en la noción de que la inteligencia emocional es vital para la práctica” (Bulmer Smith, 2009 p 1629). La evidencia científica ha correlacionado positivamente una mayor inteligencia emocional con una mejor toma de decisiones clínicas, relaciones sociales, uso del conocimiento del entorno clínico y relaciones interprofesionales a múltiples niveles.

El objetivo general de este proyecto es lograr un mayor nivel en la práctica clínica mediante la mejora de las competencias y habilidades intrapersonales y socioemocionales de los/las auxiliares de enfermería. Este proyecto integra dos grandes dimensiones del actual proceso activo y dinámico de enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de competencias transversales. En una era digital, es fundamental aportar nuevos enfoques a este proceso. La realidad aumentada, mediante una interfaz de *serious game* (juego serio), ayuda a crear prácticas simuladas en un entorno virtual de aprendizaje, añadiendo una nueva dimensión a la pedagogía. Este campo emergente de la enseñanza y el aprendizaje en las ciencias de la salud ofrece métodos y condiciones únicos para la enseñanza que no son fáciles de reproducir con modalidades educativas más tradicionales.

Los objetivos específicos del proyecto SG4NS son:

1. Estructurar un programa educativo (formato curso) de habilidades emocionales para estudiantes universitarios de enfermería.
2. Desarrollar una interfaz digital (prototipo SG) para respaldar la mejora de habilidades emocionales en estudiantes de enfermería.
3. Formar al profesorado de enfermería para que desarrollen competencias y conocimientos pedagógicos en el ámbito de la inteligencia emocional/competencias emocionales.
4. Mejorar las habilidades personales y sociales de los estudiantes de enfermería relacionadas con

la competencia emocional.

Los esperados resultados de aprendizaje derivados del componente de desarrollo de competencias y habilidades emocionales **personales** de este programa de aprendizaje son que los estudiantes de enfermería:

- a. Demuestren la capacidad de reconocer y comprender sus propias emociones y motivaciones.
- b. Demuestren la capacidad de reconocer las fortalezas, debilidades y necesidades individuales relacionadas con el reconocimiento y la expresión de emociones.
- c. Desarrollen una regulación flexible y constructiva de las propias emociones.

Los esperados resultados de aprendizaje derivados del componente de desarrollo de competencias y habilidades emocionales **sociales** de este programa de este programa de aprendizaje son que los estudiantes de enfermería:

- a. Demuestren la capacidad de analizar las emociones, las necesidades y las preocupaciones de los demás.
- b. Demuestren la capacidad de reconocer y debatir las señales emocionales de un paciente.
- c. Demuestren la capacidad de ver las cosas desde el punto de vista de los demás.
- d. Desarrollen una buena relación y una comunicación clara para influir e inspirar a los demás mediante el uso de las emociones propias y ajenas.

Este manual establece el contenido y la orientación del Programa de Desarrollo de Habilidades de Competencia Emocional para estudiantes de enfermería. En el siguiente capítulo se exponen y analizan teorías y modelos de inteligencia emocional, empezando por la Teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner, el modelo de inteligencia emocional como habilidad de Mayer y Solevey, el modelo Inteligencia Emocional Rasgo de Petrides, el modelo de competencias emocionales de Bisquerra y Escoda, y los modelos mixtos de inteligencia emocional de Goleman y Bar-On.

En el capítulo 3 se definen y debaten las intervenciones de regulación emocional, prestando especial atención a las emociones que surgen en entornos sanitarios y entre el personal sanitario. En este capítulo se revisa la regulación de las emociones en sus dimensiones intrapersonal e interpersonal. También se aborda la formación en regulación emocional entre los profesionales sanitarios y, para ello, se sugiere el modelo *Affect Regulation Training* (ART) de una eficaz regulación emocional con ejercicios prácticos.

El capítulo 4 presenta un debate sobre las metodologías de enseñanza en la educación superior que pueden adaptarse al desarrollo de habilidades de competencia emocional entre los estudiantes de enfermería, con un enfoque específico en el modelo de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Este

enfoque centrado en el alumnado se basa en la teoría del aprendizaje experiencial de Dewey y en la teoría sociocultural de Vygotsky para estimular y ampliar la motivación de aprendizaje de los estudiantes, con el fin de mejorar sus habilidades de razonamiento clínico y pensamiento crítico. Este capítulo proporciona una guía paso a paso sobre cómo desarrollar un estudio basado en casos ABP que aborde las emociones positivas/negativas, y también cómo evaluar el enfoque ABP con los estudiantes.

En el capítulo 5 se analizan los enfoques de evaluación del alumnado que abordan tanto la dimensión intelectual como la de comunicación interpersonal, con el fin de evaluar el aprendizaje en el desarrollo de la competencia emocional. Además, estos enfoques también evalúan el pensamiento crítico. Este capítulo aborda dos enfoques principales, el examen oral (el enfoque del “triple salto”) y un enfoque clínico, o el examen clínico objetivo estructurado (OSCE, por sus siglas en inglés). Para lograr un enfoque holístico de la evaluación y valoración de la competencia emocional, como constructo global, estos enfoques pueden triangularse mediante un instrumento de recogida de datos establecido sobre variables ordinales que miden la competencia emocional, concretamente la Escala Veiga de Competencia Emocional (ECVS).

En el capítulo 6 se plantea el estado de la cuestión y se analiza la justificación de cómo la escala de frecuencia temporal tipo Likert o *formulaire* de la ECVS mide la competencia emocional a través de las cinco dimensiones de la inteligencia emocional de Daniel Goleman: autoconciencia, gestión de las emociones, automotivación, empatía y gestión de las emociones sociales.

El capítulo 7 presenta la realidad virtual y analiza su cometido y sus ventajas en la formación de los profesionales sanitarios, y en particular en la enseñanza de la enfermería. No obstante, también se advierte de los riesgos y otros retos de esta tecnología en la educación y se aconseja que se adopten medidas preventivas. Este capítulo también presenta un *serious game* ideado para el proyecto, concretamente un juego de escape que evoca un espectro de emociones positivas y negativas en los jugadores.

Por último, el capítulo 8 completa este manual con un resumen de la justificación y el propósito del proyecto SG4NS, sus actividades y resultados. Este capítulo también ofrece futuras recomendaciones basadas en la retrospección y las impresiones recogidas durante la puesta en marcha de este innovador y muy emocionante proyecto pedagógico, llevando más allá el desarrollo y la consolidación de la adquisición de habilidades de competencia emocional en la formación profesional de la enfermería.

CAPÍTULO 2

Teorías y modelos de inteligencia emocional

Autores: Aurora Adina COLOMEISCHI, Alina IONESCU – CORBU, Florin TIBU

En los últimos años, se ha hecho cada vez más hincapié en el concepto de la inteligencia emocional, empleando para ello una amplia variedad de definiciones y explicaciones. En el Diccionario Enciclopédico de Psicología (6), el término “inteligencia emocional” se explica comenzando por la identificación de sus orígenes lejanos (el concepto de “inteligencia social” de Thorndike) y sus orígenes más próximos (el concepto de “inteligencias personales”–intra e interpersonal–de Gardner). La inteligencia emocional se define como “la diferencia en el grado en que las personas acceden, procesan y utilizan la información emocional”. Aquí pretendemos presentar las principales teorías que conceptualizan el fenómeno de la inteligencia emocional, extrayendo las principales ideas y comprensiones para facilitar un entendimiento más profundo de cómo estos marcos teóricos podrían posteriormente trasladarse a la práctica en entornos médicos.

2.1 La Teoría de las Inteligencias Múltiples: Howard Gardner

La Teoría de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner, desarrollada en 1985 en su obra *Frames of Mind*, revolucionó la visión clásica de la existencia de un único tipo de inteligencia y ofreció un renovado sentido de esperanza con respecto al desarrollo humano y a las posibilidades de una educación diferenciada. Según Gardner, la inteligencia es la capacidad de resolver problemas y crear productos valiosos en el seno de un determinado contexto cultural. La definición estándar de inteligencia sugiere que es innata y fija en cantidad, pero la visión de Gardner es flexible y provocadora, basada en capacidades compartidas por toda la población. Gardner afirma que los individuos poseen proporciones variables de inteligencias diversas (al menos ocho tipos). Estas premisas tienen importantes implicaciones educativas, ya que ofrecen a todos los niños oportunidades de acceder a la información según su tipo de inteligencia dominante. De este modo, los educadores pueden ayudar al

alumnado a utilizar su combinación única de inteligencias para tener éxito en la escuela. Basándose en sus estudios, Gardner distingue los siguientes tipos de inteligencia: lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, naturalista, cinestésica, interpersonal e intrapersonal. Investigaciones recientes han llevado a Gardner a definir un noveno tipo de inteligencia: la inteligencia existencial.

Las inteligencias intra e interpersonal revisten especial importancia en la conceptualización del desarrollo social y emocional. La inteligencia intrapersonal implica el conocimiento de uno mismo, la comprensión de los propios puntos fuertes y débiles, la planificación eficaz de los objetivos, la supervisión y el control de los pensamientos y las emociones, y la capacidad de supervisar las interacciones con los demás. En opinión de Gardner, la inteligencia intrapersonal implica la presencia de un modelo eficiente de uno mismo y la capacidad de transferir y utilizar esta información en la autorregulación. La inteligencia interpersonal significa pensar en los demás y comprenderlos, tener capacidad de empatía, reconocer las diferencias entre las personas y apreciar sus formas de pensar. La inteligencia intrapersonal también implica interacciones eficaces con las personas de la familia y la sociedad.

Estos dos tipos de inteligencia, configurados inicialmente por Gardner bajo la etiqueta de inteligencia personal, engloban elementos relevantes para el desarrollo social y emocional, sirviendo de base para la competencia emocional y social que garantiza el éxito en actividades individuales vitales.

2.2 La inteligencia emocional como capacidad: el modelo de Mayer y Salovey

Una de las primeras aproximaciones al concepto de inteligencia emocional es la promovida por John D. Mayer y Peter Salovey (14). Estos autores sugieren que la definición de inteligencia emocional debería tender un puente entre los aspectos cognitivos y emocionales de la vida psicológica (partiendo de la premisa de que, tradicionalmente, la inteligencia describe la dimensión cognitiva de la psique): “la capacidad de percibir las emociones, de acceder y generar emociones para ayudar al pensamiento, de comprender las emociones y la información emocional, y de regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual”. Mayer y Salovey presentan dos definiciones del concepto. En primer lugar, “la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios y ajenos, de discriminar

entre ellos y de utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones **propias**“.

En segundo lugar, hay una definición revisada de la inteligencia emocional que implica: “la capacidad de percibir con precisión, reconocer y percibir las emociones; la capacidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento; la capacidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; la capacidad de regular las emociones para estimular el crecimiento emocional e **intelectual**”.

Los autores conceptualizan la inteligencia emocional en un modelo de cuatro dimensiones que evoluciona desde los procesos psicológicos básicos hasta procesos más integrados psicológicamente, y dentro de cada dimensión, las habilidades emocionales se ordenan según su desarrollo:

I. Percepción, evaluación y expresión de las emociones:

1. La capacidad de identificar las propias emociones (a nivel físico, emocional y cognitivo).
2. La capacidad de identificar emociones en los demás, en el arte, etc., a través del lenguaje, el sonido, la apariencia y el comportamiento.
3. La capacidad de expresar emociones con precisión y expresar necesidades relacionadas con esas experiencias.
4. La capacidad de discriminar entre expresiones correctas/incorrectas, honestas/deshonestas de los sentimientos.

II. Facilitación emocional del pensamiento:

1. Las emociones son, a priori, responsables del pensamiento, al dirigir la atención hacia la información importante.
2. Las emociones son lo suficientemente vívidas y disponibles como para ser generadas en apoyo del juicio y la memoria de los sentimientos.
3. La amplitud de los componentes emocionales cambia la perspectiva del individuo del optimismo al pesimismo, fomentando la consideración de múltiples puntos de vista.
4. Los estados emocionales favorecen enfoques diferenciales ante problemas concretos, como cuando

la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

III. Comprensión y análisis de las emociones; involucración del conocimiento emocional:

1. La capacidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones, así como las relaciones entre las propias emociones, como la relación entre la simpatía y el amor.
2. La capacidad de interpretar los significados que transmiten las emociones con respecto a las relaciones, como la tristeza que suele acompañar a la pérdida.
3. La capacidad de comprender emociones complejas: sentimientos simultáneos de amor y odio o mezclas como el sentimiento de agobio asociado a miedo y sorpresa.
4. La capacidad de reconocer las transiciones entre emociones.

IV. Regulación reflexiva de las emociones para estimular el crecimiento emocional e intelectual:

1. La capacidad de estar abierto tanto a las emociones agradables como a las desagradables.
2. La capacidad de involucrarse o distanciarse reflexivamente de una emoción en función del grado de información o utilidad que ofrece.
3. La capacidad de controlar reflexivamente las emociones en relación con uno mismo y con los demás.
4. La capacidad para la gestión emocional personal y de los demás, potenciando las emociones negativas y aumentando las positivas, sin suprimir ni exagerar la información que puedan transmitir.

En cuanto a la adquisición de inteligencia emocional, Mayer y Salovey sostienen que las habilidades emocionales comienzan en la familia, con buenas interacciones entre padres e hijos (los padres ayudan a los hijos a identificar y ponerle nombre a sus emociones, a respetar sus sentimientos y a empezar a relacionarlos con situaciones sociales). Se señala que las oportunidades de aprender habilidades emocionales difieren en función del desarrollo emocional de los padres, quienes pueden iniciar procesos de aprendizaje emocional-cognitivo. Los autores consideran que es posible adquirir habilidades emocionales a través del currículo estándar (literatura, arte, música, teatro, lecciones de valores) y mediante el desarrollo de programas educativos específicos dirigidos a estimular la inteligencia emocional.

En el *Handbook of Emotional Intelligence*, John Mayer, Peter Salovey y David Caruso (15) presentan tres aspectos de la inteligencia emocional: *Zeitgeist*, rasgos de personalidad y capacidad mental. Los autores identifican los términos “inteligencia emocional” y “competencia emocional” como los nuevos términos más útiles designados por la American Dialect Society para 1995 (en relación con la publicación de la obra superventas de Daniel Goleman, *Inteligencia emocional*).

Los autores examinan las tres acepciones del término inteligencia emocional: (1) *Zeitgeist* indica una tendencia de la época, una tendencia cultural, el espíritu de los tiempos que caracteriza el momento - por lo que el término puede explorarse desde una perspectiva cultural y política; (2) la inteligencia emocional describe un grupo de rasgos de la personalidad considerados importantes para el éxito en la vida; y (3) la competencia emocional presupone un conjunto de habilidades que garantizan el procesamiento de la información emocional.

Para respaldar el primer significado, *Zeitgeist* (espíritu de la época), los autores adoptan una perspectiva histórica y discuten los periodos del estoicismo (con profundas consecuencias antiemocionales) en oposición a la época romántica (que fomentaba la expresión emocional en el arte). Tras ello, pasan a los años sesenta, marcados por la expresividad emocional y la “huida de los rigores del intelecto” (15) y traen a colación los principios de la psicología humanista (G. Allport, A. Maslow, C. Rogers), según los cuales las personas deben ejercer la autodeterminación, experimentar directamente las emociones y crecer emocionalmente. Una tendencia de la época se observa en el contraste entre la visión conflictiva e integradora de la relación entre pensamiento y emoción. Mientras que la emoción suele considerarse en conflicto con la razón, la inteligencia emocional, por el contrario, puede interpretarse como la descripción de prácticas sociales que integran emoción y pensamiento (esta idea se ve reforzada por nuevas investigaciones que demuestran que los sistemas emocionales y cognitivos a nivel cerebral están más integrados de lo que se pensaba inicialmente). Desde una perspectiva cultural, la inteligencia emocional se considera una variable igualadora que surge a partir de otra tendencia de la época, concretamente el conflicto entre reconocer las diferencias entre las personas y hacer hincapié en su igualdad. La inteligencia emocional se popularizó como respuesta a la Curva de Bell (que

establecía distinciones entre clases sociales en Estados Unidos basadas en la inteligencia) al demostrar que la inteligencia emocional puede ser más fuerte que la inteligencia general y que las habilidades emocionales pueden aprenderse.

La presentación de la segunda acepción de la inteligencia emocional (como un conjunto de rasgos de la personalidad) comienza con los términos utilizados en la descripción del concepto: motivación, emoción, cognición, conciencia (son los cuatro procesos básicos que constituyen el fundamento de la personalidad). Otros aspectos de la personalidad son el modelo de uno mismo y el modelo del mundo que debe construirse mediante el aprendizaje, así como el modelo de uno mismo en el mundo.

Para ilustrar este significado, los autores proponen el siguiente esquema (15, p.100):

Nivel 3 Rasgos mentales	Rasgos mentales relevantes para el yo Por ejemplo, autoestima, autoconciencia, inteligencia personal, solidez del ego		Rasgos generales Por ejemplo, extroversión, inteligencia verbal, concienciación, dogmatismo, amabilidad	
Nivel 2 Mapas mentales	Modelos del yo Por ejemplo, autoconcepto, el yo ideal, identidad, historia de vida	Modelos del yo en el mundo Por ejemplo, funciones, vinculaciones, identificaciones, normas de conducta		Modelos del mundo Por ejemplo, conocimiento de la pronunciación, conocimiento experto
Nivel 1 Mecanismos mentales	Motivaciones fundamentales Por ejemplo, la necesidad de comer, beber, dormir, estar con los demás, autodefensa	Emociones fundamentales Por ejemplo, alegría, tristeza, ira, miedo, relación con la psicofisiología	Funciones cognitivas fundamentales Por ejemplo, aprendizaje, recuerdo, juicio, comparación	Conciencia Por ejemplo, la conciencia, la atención, el flujo de conciencia

En apoyo de esta perspectiva, Mayer, Salovey y Caruso sostienen que existen definiciones de inteligencia emocional que se solapan con múltiples aspectos de la personalidad, abarcando potencialmente todo el modo de operar del individuo en el mundo.

La tercera perspectiva presenta el concepto como una inteligencia que procesa y se beneficia de las emociones, compuesta por capacidades mentales, habilidades y destrezas. La inteligencia emocional como capacidad se describe en un modelo de cuatro dimensiones: percepción e identificación emocional (que implica el reconocimiento y la adquisición de información del sistema emocional); facilitación emocional de la cognición (uso de las emociones para mejorar el procesamiento cognitivo); comprensión emocional (procesamiento cognitivo de las emociones); gestión emocional (autogestión y gestión de las emociones de los demás).

Los autores ofrecen una descripción circular del modelo cuatridimensional de inteligencia emocional propuesto por Mayer y Salovey en 1997 (15, p.108). La primera rama del modelo representa la capacidad de percibir y expresar sentimientos. La percepción emocional implica registrar, seguir y descifrar los mensajes emocionales, tal y como se expresan en las expresiones faciales, la voz, el tono, los objetos artísticos u otros artefactos culturales. La segunda dimensión se refiere a la facilitación emocional y describe cómo las emociones influyen en la cognición. La tercera dimensión se refiere a la comprensión y el razonamiento basados en las emociones. La capacidad de comprender las emociones facilita la comprensión de verdades fundamentales sobre la naturaleza humana y las relaciones interpersonales. La cuarta dimensión se refiere a la gestión emocional e implica habilidades de afrontamiento frente a diferentes componentes emocionales, flexibilidad, adaptabilidad y comprensión de los progresos emocionales materializados en las relaciones establecidas con los demás.

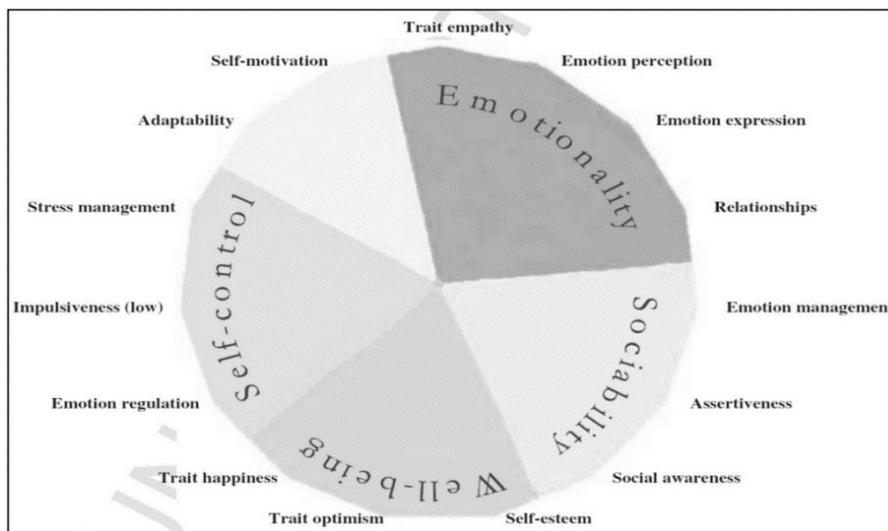
2.3 La inteligencia emocional como rasgo: el modelo de rasgos de Petrides (2001)

El modelo de rasgos de la inteligencia emocional propuesto por Petrides comprende una serie de características y componentes situados en los niveles inferiores de la personalidad de las que los individuos pueden ser conscientes. Más concretamente, Petrides presentó la inteligencia emocional como la autopercepción por parte de un individuo de sus rasgos de personalidad relacionados con la emoción o como el rasgo de autoeficacia emocional (18, 19). El modelo de rasgos sostiene que cada individuo puede heredar características que son útiles en algunos contextos y menos útiles en otros, argumentando que no existe una receta para que una persona emocionalmente inteligente prospere en todos los contextos de la vida, lo que se asemeja a las características de la personalidad de los

individuos.

Para este modelo, los autores (19, 21) presentaron una serie de componentes de la inteligencia emocional rasgo y cómo se ven a sí mismos los individuos que obtendrían puntuaciones altas. Todos estos componentes se organizan en cuatro facetas principales representadas por el bienestar, el autocontrol, la emocionalidad y la sociabilidad, mientras que dos de los componentes (adaptabilidad y automotivación) se presentaron como independientes. A continuación, presentaremos estos componentes y cómo los definieron los autores.

Figura 1: Modelo Inteligencia Emocional Rasgo de Petrides



Fuente: adaptado de Petrides (17)

Adaptabilidad: los individuos con puntuaciones altas se verían a sí mismos como “flexibles y dispuestos a adaptarse a las nuevas condiciones”. Mientras, las puntuaciones más bajas las obtendrían aquellos individuos que tienen ciertas reservas hacia los cambios en general.

Asertividad: los individuos con puntuaciones altas serían “directos, francos y dispuestos a defender sus derechos”, mientras que las puntuaciones más bajas son típicas de individuos que caen en una actitud pasiva y dudan a la hora de luchar por sus derechos o expresar sus deseos.

Percepción de las emociones (propias y ajenas): los individuos con puntuaciones altas en esta faceta

son “claros sobre sus propios sentimientos y los de los demás”. Mientras, las puntuaciones más bajas son propias de individuos a los que no les queda muy claro lo que ellos mismos y los demás sienten y por qué.

Expresión de emociones: los individuos con puntuaciones altas son “capaces de comunicar sus sentimientos a los demás”, mientras que las puntuaciones más bajas muestran dificultades para verbalizar las emociones.

Gestión de las emociones (otros): los individuos que obtienen puntuaciones altas son “capaces de influir en los sentimientos de los demás”, mientras que las personas con las puntuaciones más bajas pueden mostrar dificultades para modular y superar los sentimientos de los demás.

Regulación de las emociones: los individuos con puntuaciones altas son “capaces de controlar sus emociones” y ajustar su estado emocional a la situación, mientras que los individuos con puntuaciones más bajas tienen dificultades para gestionar emociones o sentimientos profundos.

Control de los impulsos: los individuos con un alto nivel de control de los impulsos tienden a pensar antes de actuar y son “reflexivos y menos propensos a ceder a sus impulsos”, mientras que las puntuaciones más bajas corresponden a personas que pueden mostrar tendencias a comportamientos o acciones poco saludables.

Habilidades relacionales: los individuos con puntuaciones altas son “capaces de mantener relaciones personales satisfactorias” aplicando habilidades de escucha y manteniendo vínculos saludables. Mientras, los individuos con puntuaciones más bajas tienen dificultades para mantener relaciones estrechas y pueden tener comportamientos inadecuados hacia familiares y amigos.

Autoestima: los individuos con puntuaciones altas son “exitosos y seguros de sí mismos” y muestran una actitud saludable hacia sí mismos, mientras que las puntuaciones más bajas podrían mostrar un bajo nivel de autoestima y confianza en la autoestima de los individuos.

Automotivación: las puntuaciones altas en este componente muestran a individuos “motivados y poco propensos a rendirse ante la adversidad”, mientras que las puntuaciones más bajas muestran una tendencia a un menor sentido del logro y un mayor índice de abandono en las tareas.

Conciencia social: los individuos con puntuaciones altas son “personas que trabajan en equipo con habilidades sociales superiores” porque se ven a sí mismos como buenos negociadores y seguros de sí mismos en sus esfuerzos. Mientras, las puntuaciones más bajas podrían mostrar habilidades sociales restringidas.

Gestión del estrés: en este caso, los individuos con puntuaciones altas son “capaces de soportar la presión y controlar el estrés” porque gestionan de forma saludable sus emociones. Mientras, las personas con puntuaciones bajas muestran dificultades para aplicar de forma adaptativa estrategias de gestión del estrés.

Rasgo de empatía: las puntuaciones altas muestran que los individuos son “capaces de adoptar la perspectiva de otra persona” y ver las cosas desde otro punto de vista, mientras que las puntuaciones bajas muestran dificultades para comprender las perspectivas de otras personas y pueden tener opiniones menos flexibles.

Rasgo de felicidad: este componente muestra en sus puntuaciones más altas a individuos “felices y satisfechos con sus vidas”. Estos individuos están, por lo general, satisfechos con su estilo de vida. Mientras, las puntuaciones más bajas se muestran en individuos que tienen una perspectiva negativa sobre su vida actual.

Rasgo optimista: los individuos con puntuaciones altas se ven a sí mismos como “confiados y propensos a ver el lado bueno de la vida”, teniendo una visión positiva sobre su futuro en general. Mientras, las puntuaciones más bajas pueden mostrar actitudes más negativas hacia el futuro de uno mismo, lo que puede desembocar en la pérdida de oportunidades.

El modelo de rasgos demostró tener aplicaciones en múltiples campos a través de diversas muestras

compuestas por poblaciones de niños, adolescentes y adultos (16, 21). Por ejemplo, en poblaciones infantiles y adolescentes, los componentes anteriormente mencionados predijeron comportamientos prosociales y antisociales (7, 12) y también predijeron más liderazgo y cooperación en otros grupos de edad y regiones geográficas (12, 13). En poblaciones adultas, el modelo se relacionó con un mayor compromiso con la sociedad, una reducción de los niveles de estrés y una mayor flexibilidad y control sobre el trabajo (20).

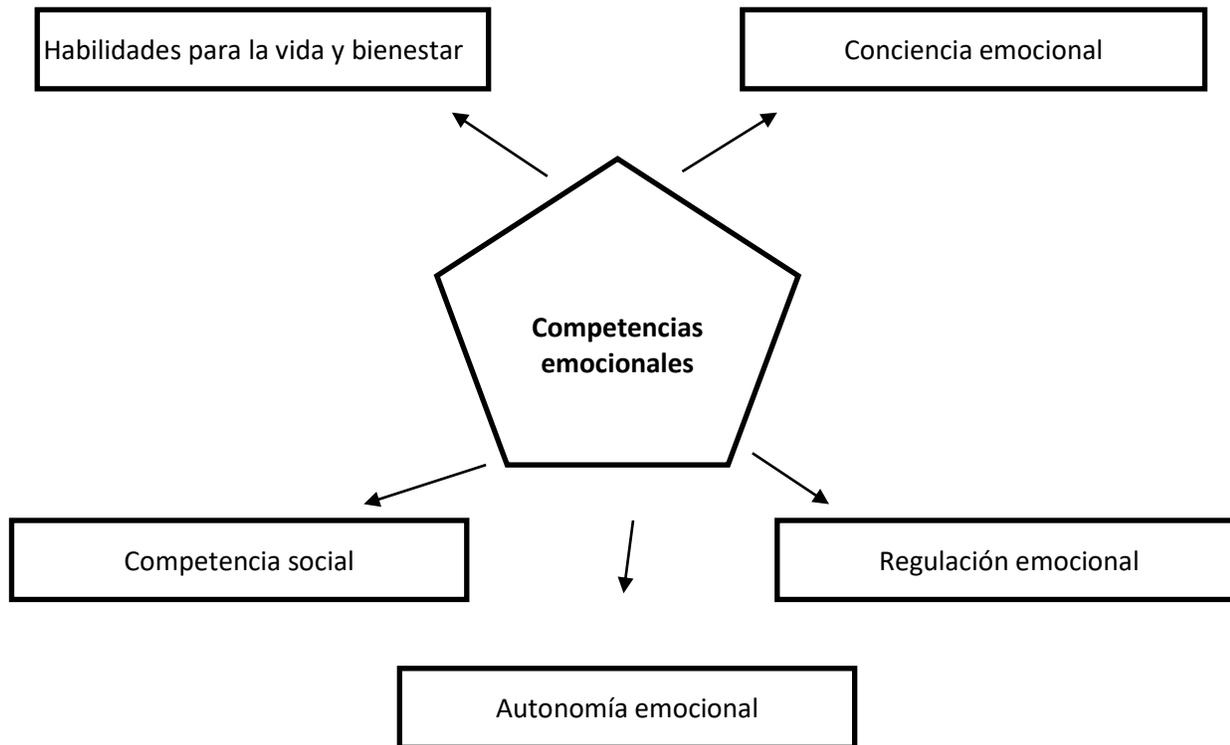
En general, el modelo aboga por el desarrollo de una visión de rasgo sobre los componentes de la inteligencia emocional, en lugar de un conjunto de destrezas o habilidades, debatiendo la importancia de integrar los enfoques sociocognitivo y de autoconcepto.

2.4 Modelo de competencias emocionales de Bisquerra y Escoda (2007)

Bisquerra y Escoda (4) conceptualizaron la inteligencia emocional como la adquisición y el desarrollo de conocimientos, talentos, habilidades y actitudes que contribuirían a reconocer, comprender y gestionar el propio estado emocional. Estos autores presentan su modelo como una serie de cinco bloques, cada uno de los cuales engloba varias capacidades y habilidades que pueden aprenderse. Como se muestra en la Figura 2, los cinco bloques principales son la conciencia emocional, la regulación emocional, la autonomía emocional, la competencia social y las habilidades vitales para el bienestar. Cada bloque incluye ciertas capacidades y actitudes que conducirían a puntuaciones altas en el respectivo bloque.

A continuación, presentaremos los componentes de cada bloque descrito.

Figura 2: Modelo de competencias de la inteligencia emocional de Bisquerra y Escoda (4)



Fuente: adaptado de Bisquerra y Escoda (4)

La **conciencia emocional** se refiere a la capacidad de identificar y poner nombre a las emociones propias y ajenas en diversos contextos. También comprende otras tres aptitudes: (a) ser consciente de las propias emociones—ser capaz de identificar, nombrar y, en algunos casos, incluso ser consciente de las emociones en contextos futuros; (b) ser capaz de nombrar correctamente las emociones; y (c) comprender las emociones de los demás—ser capaz de percibir correctamente las emociones que sienten los demás y revelarlas de forma empática.

La **regulación emocional** es la capacidad de gestionar las emociones siendo consciente de la relación entre afecto, comportamiento y cognición. También incluye la capacidad de suscitar afectos positivos para uno mismo. Este bloque incluye otras cinco habilidades, concretamente: (a) ser consciente de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, y del papel de la cognición en la regulación tanto de la emoción como del comportamiento; (b) expresión emocional—la capacidad de expresar las

emociones con precisión; (c) regulación de las emociones—la capacidad de gestionar las emociones para perseguir una serie de objetivos y mantenerse motivado, pero también para prevenir estados emocionales profundamente negativos; (d) habilidades para enfrentarse a las emociones negativas utilizando estrategias saludables para disminuir su intensidad e impacto; y (e) la capacidad de generar emociones positivas para uno mismo—ser capaz de relajarse y buscar la mejora de la propia calidad de vida.

La **autonomía emocional** se conforma de elementos relacionados con uno mismo y con las relaciones y abarca siete ámbitos de competencias, como la autoestima, la automotivación, las actitudes positivas hacia uno mismo, la responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás, la autoeficacia emocional, la capacidad de evaluar críticamente las normas sociales y la resiliencia.

La **competencia social** se refiere principalmente al establecimiento y mantenimiento de buenas relaciones con los demás. Este bloque abarca las habilidades sociales básicas (como escuchar o saludar a los demás), mostrar respeto hacia los demás, buenas habilidades comunicativas, habilidades en la comunicación expresiva, la capacidad de comunicar eficazmente las propias emociones a los demás, el comportamiento prosocial y la cooperación, la capacidad de ser asertivo, ser capaz de prevenir y resolver conflictos, y la capacidad de gestionar eficazmente las situaciones emocionales.

Las **habilidades para la vida y el bienestar** abarcan una actitud positiva hacia la vida que llevaría a establecer metas saludables y responsables para disfrutar de una vida significativa y de valor. Algunos de los principales componentes incorporados en este bloque consisten en crear metas adaptativas, tomar decisiones que sean relevantes en contextos sociales, personales y profesionales, ser capaz de pedir y recibir ayuda, ser un ciudadano activo, responsable y crítico, la capacidad de buscar el bienestar subjetivo y ser capaz de buscar experiencias favorables en contextos sociales, personales y profesionales.

2.5 Modelos mixtos de inteligencia emocional

Al igual que ocurrió cuando las primeras perspectivas teóricas sobre las emociones que surgieron en el

campo de la psicología hace más de un siglo (concretamente, las teorías de James-Lange y Cannon-Bard) fueron cuestionadas posteriormente por la teoría de los dos factores de la emoción de Schachter y Singer (22), en las últimas dos o tres décadas se han propuesto modelos mixtos de inteligencia emocional como alternativa a los modelos que entonces se consideraban más simplistas (es decir, basados en capacidades o en rasgos) y que se habían propuesto poco antes. Estos modelos mixtos han intentado conciliar otros puntos de vista haciendo uso de los avances científicos en los campos de la neurociencia afectiva y las metodologías de pruebas psicológicas. Los investigadores en inteligencia emocional más destacados que introdujeron modelos mixtos en la conceptualización de esta inteligencia fueron Reuven Bar-On y Daniel Goleman.

En opinión del psicólogo y periodista científico estadounidense Daniel Goleman, la inteligencia emocional representa un constructo en el que se basan las características internas de la persona (que son tanto de naturaleza individual como social), pero también se considera un constructo que puede desarrollarse y optimizarse mediante la exposición a situaciones sociales complejas y su reevaluación a través de la observación del propio comportamiento y los motivos, la reflexión y el replanteamiento. Goleman, por tanto, ve la inteligencia emocional no solo como una combinación de rasgos y capacidades personales, sino también como un sistema relacional dotado de cierto grado de plasticidad.

El trabajo de Goleman contribuyó enormemente al establecimiento de la inteligencia emocional como un tipo validado de inteligencia. Antes de eso, se consideraba que la inteligencia cognitiva (junto con su índice de medición validado, cociente intelectual o CI) era el único término paraguas que comprendería dimensiones distintas. Los investigadores Boyatzis y Sala (5) afirmaron que, para que un concepto de inteligencia se considere distinto de otros tipos de manifestaciones de inteligencia, deben cumplirse los siguientes requisitos: (1) el concepto propuesto es un comportamiento observable; (2) el concepto propuesto está vinculado a estructuras biológicas subyacentes que se activan a través de comportamientos característicos; (3) el concepto tiene implicaciones para los resultados a largo plazo relacionados con la vida, los estudios, la carrera profesional; (4) el concepto es lo suficientemente diferente de otros conceptos de personalidad/comportamiento; y (5) se satisfacen las propiedades de medición, como la validez convergente y discriminante.

Tanto Goleman como Bar-On (véase más adelante) han hecho avances significativos en la vinculación de las dimensiones de la inteligencia emocional con las facetas evolutivas de las emociones y los comportamientos observados, proponiendo escalas e instrumentos para medir las distintas dimensiones de la inteligencia emocional y llevando a cabo investigaciones que demuestran la importancia de los componentes de dicha inteligencia en la predicción de comportamientos individuales y sociales.

A Goleman se le atribuye el mérito de haber replanteado la naturaleza conceptual de la inteligencia emocional y de haber proporcionado una base más científica al concepto, ayudando así a cumplir los requisitos expuestos anteriormente por Boyatzis y Sala. Más concretamente, su trabajo sobre inteligencia emocional ha florecido con nuestra mayor comprensión de los circuitos cerebrales que se activan con los estímulos sociales. El rápido desarrollo de la neurociencia afectiva permitió a Goleman estudiar cómo las estructuras cerebrales que son importantes para el procesamiento de los estímulos emocionales pueden comunicarse entre sí para proporcionar el estado neuronal óptimo para que el individuo sea consciente de las señales tanto internas como sociales y de cómo gestionar las emociones negativas de forma más eficaz. En opinión de Goleman, la activación excesiva de la amígdala durante estados de ánimo conflictivos o negativos puede comprometer la capacidad del individuo para autorregularse, identificar soluciones y sintonizar con las señales sociales. Por otro lado, gracias al circuito a través del cual la amígdala está conectada con el córtex prefrontal (un área que promueve la autorregulación al permitir al individuo inhibir impulsos, encontrar soluciones a los problemas y planificar con antelación), el individuo puede regular las emociones negativas y volver a un estado mental libre de estrés que promueva la estabilidad emocional y le permita iniciar un contacto social constructivo.

Goleman propuso inicialmente su teoría de la inteligencia emocional en la década de 1990 y posteriormente refinó su punto de vista durante los años 2000. En su libro fundamental de 1995 (9), identificó cinco componentes esenciales de la inteligencia emocional: la autoconciencia (conocer las propias emociones, objetivos, puntos fuertes y débiles), la autorregulación (ser capaz de desviar y regular las emociones negativas), la motivación (dirigir los recursos internos hacia la consecución de

objetivos), la empatía (tener consideración con los demás) y las habilidades sociales (ser capaz de establecer y mantener relaciones sociales). Esta serie de características representa una combinación de rasgos y habilidades que parecen estar en conexión con sustratos biológicos que favorecen la regulación de las emociones y las relaciones sociales.

En su libro de 2002, Goleman refinó su teoría inicial de la inteligencia emocional reduciendo el número de componentes a cuatro, cada uno de los cuales reflejaba el dominio personal *frente al* social de la acción y si abarcaba o no el proceso de reconocer *frente al* de regular las emociones (11). Desde entonces, el modelo ha permanecido prácticamente inalterado y Goleman lo ha utilizado en muchas de sus publicaciones y ponencias posteriores.

Figura 3. Los cuatro componentes del modelo de inteligencia emocional de Goleman y sus características principales. Adaptado de Goleman et al. (11)

	RECONOCIMIENTO	REGULACIÓN
PERSONAL	<u>AUTOCONOCIMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>autoconciencia emocional</u> • <u>centrarse en los objetivos y tenerlos claros</u> • <u>seguridad en uno mismo</u> 	<u>AUTORREGULACIÓN</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>control emocional</u> • <u>resolución de conflictos internos</u> • <u>eficacia en el trabajo por cuenta propia</u>
SOCIAL	<u>SENSIBILIZACIÓN SOCIAL</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>dependiente de otros</u> • <u>empático</u> • <u>consciente de su impacto en los demás</u> 	<u>GESTIÓN DE LAS RELACIONES</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>trabajo en equipo</u> • <u>gestionar conflictos</u> • <u>liderazgo inspirador</u>

Al tratar de identificar el valor aplicativo de sus puntos de vista, Goleman utilizó su teoría para analizar las implicaciones de promover, en concreto, un liderazgo más eficaz. Antes de que se conceptualizara la inteligencia emocional, las habilidades de liderazgo y el éxito profesional se consideraban en gran medida atributos de la inteligencia cognitiva (o racional) y tenían poco que ver con la dinámica emocional dentro de las personas y entre ellas. Tanto científicos como directivos de distintas profesiones

no eran conscientes del impacto que las denominadas “habilidades blandas” podían tener en el éxito de las organizaciones, y probablemente se consideraba que tratar las emociones en el lugar de trabajo era irrelevante y una pérdida de tiempo y recursos. Sin embargo, cada vez son más las organizaciones de todos los ámbitos que son conscientes de las ventajas demostradas de emplear a líderes emocionalmente competentes, tanto en términos de satisfacción laboral de los empleados como de rentabilidad para la empresa.

Pocos años después de que en 1995 Daniel Goleman publicara por primera vez su perspectiva científica sobre la inteligencia emocional, el psicólogo israelí Reuven Bar-On comenzó a escribir extensamente sobre su propia visión del concepto. Además, Bar-On propuso, por primera vez, un instrumento de autoinforme destinado a medir la inteligencia emocional, que denominó Inventario del Cociente Emocional (EQ-i; 1). Esta fue la primera vez que se utilizó el concepto de cociente emocional, que desde entonces se ha hecho tan popular como su concepto hermano de coeficiente intelectual.

Dos fueron las principales influencias que contribuyeron a la teoría de Bar-On: los trabajos de Darwin sobre las emociones y la Teoría de la Inteligencia Social de Thorndike. En cuanto al impacto que el trabajo evolutivo de Darwin tuvo en el científico, cabe señalar que Bar-On consideraba que las emociones desempeñaban un papel fundamental y claramente adaptativo en nuestro complejo mundo social, al ayudarnos a navegar por objetivos y tareas que inevitablemente implicaban trabajar con otras personas. Según el modelo que desarrolló, “la inteligencia emocional-social es una sección transversal de competencias, habilidades y facilitadores emocionales y sociales interrelacionados que determinan la eficacia con la que nos entendemos y expresamos, comprendemos a los demás y nos relacionamos con ellos, y afrontamos las exigencias y los retos cotidianos”. (2). Al igual que Daniel Goleman, Bar-On pensaba que una conceptualización sólida de la inteligencia emocional necesitaba apoyarse en algún tipo de sistema biológico que promoviera tanto el procesamiento emocional como las conductas de afiliación social y lo encontró en la visión de Darwin sobre el papel de las emociones en la socialización.

Por otra parte, la teoría de Thorndike sobre la inteligencia social y el papel clave que desempeña en el rendimiento humano también resultó fundamental para dar forma al concepto de inteligencia emocional de Bar-On. Los escritos de Darwin sobre el papel adaptativo de las emociones en el ámbito social y la teoría de Thorndike sobre la inteligencia social ejercieron un impacto tan profundo en Bar-On que muchas veces a lo largo de sus escritos llegó a referirse al concepto de “inteligencia emocional y social” en lugar de solo “inteligencia emocional”.

En opinión de Bar-On, la inteligencia emocional comprende los cinco componentes siguientes: (1) reconocer y comprender las emociones y la capacidad de expresar sentimientos, (2) comprender cómo se sienten los demás y la capacidad de conectar con ellos, (3) ser capaz de gestionar las emociones, (4) la capacidad de adaptarse a escenarios cambiantes y resolver problemas de naturaleza personal e interpersonal; y (5) ser capaz de ejercer un afecto positivo y encontrar motivación interior.

En la conceptualización de la inteligencia emocional de Bar-On se puede observar fácilmente cómo se entrelazan los constructos emocionales y sociales, hasta el punto de que se podría especular que todo el propósito de experimentar emociones es, en opinión del teórico, servir a los propósitos sociales del individuo.

Al diseñar su instrumento de inteligencia emocional, el EQ-i, Bar-On se centró en los componentes mencionados anteriormente, lo que dio lugar a una medida de autoinforme de 133 ítems que arroja una puntuación global de inteligencia emocional y cinco puntuaciones de escalas compuestas (intrapersonal, interpersonal, gestión del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo general) con 15 subescalas. Los estudios psicométricos realizados por el autor y otros autores mostraron una alta fiabilidad y validez, mientras que los estudios predictivos mostraron vínculos entre la inteligencia emocional medida con el instrumento y las habilidades de interacción social, la salud física y psicológica y el rendimiento escolar y laboral (3). Las puntuaciones de su escala de inteligencia emocional también se correlacionan bien con las medidas a través de otros instrumentos de inteligencia emocional.

Conclusiones. En general, los modelos mixtos de Goleman y Bar-On sobre la inteligencia emocional tenían como objetivo una mayor comprensión de la intrincada naturaleza de los procesos que se activan en los individuos cuando tratan con emociones en contextos sociales complejos.

En comparación con otros puntos de vista alternativos (según los cuales se proponía que la inteligencia emocional comprendiera únicamente habilidades o únicamente rasgos), los modelos mixtos han conseguido incorporar de forma significativa y con base científica dos ideas principales: 1) que existen sustratos neurobiológicos subyacentes a la inteligencia emocional, representados tanto por estructuras corticales (por ejemplo, áreas frontales y temporales) como subcorticales (por ejemplo, la amígdala) y que están claramente implicados en la expresión de emociones y la facilitación del contacto social; y 2) que, a la vista de los enfoques neurocientíficos modernos, los componentes de la inteligencia emocional presentan cierto grado de flexibilidad en el desarrollo y son susceptibles de cambiar en circunstancias favorables. Esta característica de plasticidad se ve respaldada por las investigaciones que demuestran el papel de las neuronas espejo como base neurobiológica de la empatía y el modelado de las competencias emocionales en general (10).

Además de estar anclados en enfoques basados en la neurobiología, los modelos mixtos de Goleman y Bar-On sobre la inteligencia emocional han tenido éxito al ir más allá de sus formulados puntos de vista teóricos, contribuyendo al diseño de herramientas de medición aplicativas con propiedades psicométricas probadas y que se han utilizado ampliamente en prácticas clínicas, escuelas y organizaciones de liderazgo.

Estos modelos mixtos de inteligencia emocional se han convertido no solo en validadas perspectivas teóricas, sino también en avances significativos de las ciencias sociales modernas que han inspirado a

generaciones de individuos y estructuras organizativas.

REFERENCIAS

1. Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
2. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18 Suppl., 13–25.
3. Bar-On, R., Handley, R., & Fund, S. (2006). The impact of emotional and social intelligence on performance. In Vanessa Druskat, Fabio Sala, and Gerald Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 3-19.
4. Bisquerra, R., & Pérez Escoda, N. (2007). *Las competencias emocionales*. Educación XX1, 10, 61-82.
5. Boyatzis, R. E., & Sala, F. (2004). The Emotional Competence Inventory (ECI). In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (pp. 147–180). Nova Science Publishers.
6. Davey, G. (2005). *Encyclopaedic Dictionary of Psychology*. Routledge. ISBN: 978-0-340-81238-9
7. Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and individual differences*, 52(3), 323-328.
8. Gardner, Howard. (2006). *Inteligente multiple. Noi orizonturi*. București: Editura Sigma.
9. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
10. Goleman, D., & Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard business review*, 86(9), 74–136.
11. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Harvard Business School Press.
12. Mavroveli, S., Petrides, K. V., Sangareau, Y., & Furnham, A. (2009). Exploring the relationships between trait emotional intelligence and objective socio-emotional outcomes in childhood. *British Journal of Educational Psychology*, 79, 259-272.

13. Mavroveli, S. & Sánchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 112-134.
14. Mayer, John D., și Salovey, Peter. (1997). What is Emotional Intelligence? În *Emotional Development and Emotional Intelligence. Educational Implications*. New York: Basic Books.
15. Mayer, John D., Salovey, Peter și Caruso, David. (2000). Emotional Intelligence as Zeitgeist, as Personality and as Mental Ability în Bar-On, Reuven și Parker, James,D.A. (coord). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, development, Assesment, and Application at Home, School and Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass A wiley Company.
16. Pérez-González, J. C., Saklofske, D. H., & Mavroveli, S. (2020). Editorial: Trait Emotional Intelligence: Foundations, Assessment, and Education. *Frontiers in psychology*, 11, 608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00608>
17. Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence. Theory, research, and applications* (pp. 85-101). Boston, MA: Springer.
18. Petrides, K. V. (2011). Ability and trait emotional intelligence. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 656–678). Wiley Blackwell.
19. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
20. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 552-569.
21. Petrides, K. V., & Mavroveli, S. (2018). Theory and applications of trait emotional intelligence. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 23(1), 24–36.
22. Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.

CAPÍTULO 3

Intervenciones de regulación de las emociones

Autores: Liliana BUJOR, Andreea URSU

3.1 Emociones en la asistencia sanitaria

Diversas personas implicadas en el proceso asistencial, como médicos, auxiliares de enfermería, pacientes y familiares, se enfrentan a una serie de complejas emociones que ejercen una notable influencia, tanto beneficiosa como perjudicial, en los resultados clínicos (1, 2, 3, 4). Se ha observado que la experimentación de profundas emociones negativas y una gestión inadecuada de estas emociones están relacionadas con psicopatologías en estudiantes de medicina y profesionales sanitarios, apareciendo síntomas como el estrés, la depresión, la ansiedad, el agotamiento e interacciones difíciles con los pacientes. Además, las perspectivas de los pacientes también indican que estas dificultades pueden conducir a relaciones insatisfactorias con los profesionales sanitarios. Es más, estos factores pueden influir en la naturaleza de la comunicación interpersonal, la satisfacción laboral y el grado de confianza que los pacientes depositan en sus médicos. El reconocimiento y la comprensión de las propias emociones pueden facilitar la selección de estrategias adecuadas para regular las emociones con el fin de lograr un objetivo deseado. Por ejemplo, animar a un paciente a expresar abiertamente su angustia puede provocar una reducción de sus niveles de ansiedad, un aumento de la satisfacción con su profesional sanitario y una mejora de sus actitudes hacia el seguimiento del tratamiento y el aumento de la satisfacción laboral entre los profesionales sanitarios.

3.2 Regulación de las emociones

Una de las definiciones más utilizadas de la regulación de las emociones fue la propuesta por Gross (5) y se refiere a las estrategias cognitivas y conductuales empleadas por los individuos para gestionar sus emociones. Estas estrategias implican la selección deliberada de emociones específicas, así como el momento y la forma en que se experimentan o expresan. En *The Extended Process of Emotion Regulation* (5, 6) se presentaron cinco estrategias distintas de regulación de las emociones. Estas estrategias incluyen la selección y modificación de la situación, el despliegue de la atención, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta. La *selección de la situación* implica elegir activamente una situación en la que es más probable que se produzcan las emociones deseadas. La *modificación de la situación* consiste en alterar una situación para cambiar su impacto emocional. El *despliegue de la atención* consiste en redirigir la atención dentro de una situación determinada. El *cambio cognitivo* implica modificar las valoraciones de una situación después de que se haya producido, alterando así su significado emocional. Por último, la *modulación de la respuesta* implica influir y modificar directamente las respuestas fisiológicas, emocionales o conductuales. Dentro de este modelo, la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva fueron las más utilizadas en los estudios de investigación.

La regulación interpersonal de las emociones es un concepto que hace referencia a las estrategias empleadas por los individuos para alcanzar un estado emocional deseado en el marco de una interacción social en tiempo real (7). Por otro lado, la corregulación se refiere a una forma específica de regulación interpersonal de las emociones caracterizada por la influencia recíproca de las experiencias emocionales, los comportamientos expresivos y las respuestas fisiológicas entre los actores, lo que conduce a la estabilidad emocional y fisiológica de ambos individuos en una relación interpersonal (8).

A lo largo del tiempo, se han propuesto varios enfoques para la conceptualización y clasificación de la regulación de las emociones. Augustine y Hemenover (9) realizaron un examen exhaustivo de las estrategias de regulación de las emociones, identificando seis categorías generales: conductual, cognitiva, de compromiso, de evitación, centrada en el precedente y centrada en la respuesta. Según Gross y Jazaieri (10), la regulación de las emociones puede clasificarse como intrínseca o intrapersonal, que consiste en la regulación de las propias emociones, o extrínseca o interpersonal, que consiste en la regulación de las emociones de los demás. De forma similar, Niven et al. (11) propusieron que la regulación de las emociones puede clasificarse como extrínseca o intrínseca, con el deseo de empeorar o mejorar las emociones propias o las de otros individuos. Más específicamente, el concepto de mejora afectiva intrínseca se refiere a los esfuerzos intencionales realizados por las personas con el fin de mejorar su propio estado de ánimo emocional. Mientras, la mejora afectiva extrínseca se refiere a las acciones de las personas para aumentar la experiencia de emociones positivas de otros individuos. El concepto de empeoramiento afectivo intrínseco se refiere a los deseos intencionados de una persona de inducir emociones negativas en sí misma, mientras que el empeoramiento afectivo extrínseco se refiere a los esfuerzos conscientes de provocar emociones negativas en otras personas.

La regulación de las emociones puede clasificarse como adaptativa o desadaptativa (12). Por ejemplo, las estrategias adaptativas de regulación de las emociones incluyen la reevaluación y la aceptación, mientras que las estrategias desadaptativas incluyen la rumiación y la supresión. Estas estrategias pueden emplearse para regular las emociones a la baja o a la alta. Además, el modelo propuesto por Zaki y Williams (7) delinea dos categorías distintas de procesos, concretamente, procesos intrínsecos y procesos extrínsecos, así como procesos dependientes de la respuesta y procesos independientes de la respuesta. Así, el modelo postula la existencia de cuatro formas distintas de regulación interpersonal de las emociones.

Otra área de investigación se centró en los conceptos paraguas que engloban este proceso emocional. Los tres componentes de la competencia emocional, identificados por Scherer (13), incluyen la percepción, la regulación y la generación de emociones. Por otro lado, la inteligencia emocional, propuesta por Salovey y Mayer (14), abarca los procesos de valoración y expresión de las emociones, la regulación de las emociones y el uso de las emociones de forma adaptativa.

Según Scherer (13), la regulación de las emociones se refiere a la aptitud de un individuo para controlar y manipular sus propias emociones en consonancia con las normas socioculturales, las intenciones estratégicas y el deseo de mantener un estado de equilibrio. En cambio, Salovey y Mayer (14) ofrecen una definición de la regulación de las emociones que se refiere a la capacidad y la tendencia a observar, evaluar y modificar las respuestas emocionales propias y ajenas con el fin de alcanzar un determinado objetivo (14).

3.3 Regulación de las emociones en la asistencia sanitaria

Durante los últimos veinte años, se ha llevado a cabo una serie de importantes investigaciones para comprender las asociaciones entre las distintas estrategias de regulación de la emoción y la salud mental en poblaciones generales o clínicas. La bibliografía indica que las estrategias adaptativas de regulación de las emociones, como la reevaluación cognitiva, el acercamiento activo, la reorientación positiva, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo social y la aceptación, se correlacionan negativamente con problemas psicológicos como síntomas depresivos, ansiedad y estrés (15; 16; 17; 18; 19).

Además, el uso de estrategias desadaptativas, como la rumiación, el retraimiento, la desesperación y el rechazo, se relaciona positivamente con consecuencias adversas como altos niveles de ansiedad, estrés, depresión e insomnio (18; 19; 20; 21). Sin embargo, se sabe menos sobre cómo la regulación de las emociones afecta al bienestar del personal sanitario y a las interacciones entre el personal sanitario y los pacientes.

Para desenvolverse con eficacia en la compleja dinámica de las consultas de los pacientes, los profesionales sanitarios deben poseer la aptitud necesaria para regular las emociones. Esto implica la capacidad de regular y expresar eficazmente sus propias emociones, creando al mismo tiempo un entorno de apoyo que anime a los pacientes a expresar libremente sus propios estados emocionales. En relación con las estrategias de regulación emocional de los profesionales sanitarios, una línea de investigación interesante se refiere a qué estrategias utiliza el personal sanitario cuando experimenta profundas emociones positivas y negativas en presencia de los pacientes. Para hacer frente a esas

emociones negativas de alta excitación, los profesionales sanitarios emplearon una combinación de estrategias cognitivas y conductuales. Las estrategias más utilizadas por los médicos fueron respirar, alejar la emoción/centrarse en otra cosa, hablar/escuchar al paciente, romper el contacto visual, replantear, retener la emoción (1).

En un estudio, *centrarse en otra cosa* consiste en ignorar, mantener distancia emocional con la situación, continuar el encuentro como si no pasara nada, centrarse en la (siguiente) tarea, en el paciente o en la propia postura, pensar como un profesional, pensar en una solución y contar mentalmente. *Hablar/escuchar al paciente* se refiere a hablar con calma, gradualmente y con franqueza, mantener silencio, empatía, comprensión, dejar que el paciente se exprese, mantener el contacto visual. *Romper el contacto visual* consiste en ganar tiempo y organizar los pensamientos. *Replantear* consiste en pensar en/proporcionar una perspectiva optimista, esperanzadora, racionalizar y aceptar. *Retener la emoción* se refiere a bloquear los sentimientos y no llorar. Está ampliamente aceptado que respirar, hablar/escuchar y replantear son estrategias adaptativas con efectos positivos en la experiencia subjetiva, como la disminución de las emociones negativas o de problemas de salud mental como el estrés, la ansiedad y la depresión (16; 17; 22; 23). Por el contrario, alejar la emoción, centrarse en otra cosa o retener la emoción se consideran estrategias desadaptativas de regulación de la emoción con efectos perjudiciales para la salud mental (17; 19). El mismo estudio tenía como objetivo investigar las reacciones personales de los profesionales sanitarios cuando experimentan una profunda emoción negativa. Tocar al paciente, realizar procedimientos médicos, retirarse de la situación y demostrar apoyo fueron las reacciones más frecuentes. Tocar al paciente y proporcionarle apoyo se consideran estrategias adaptativas de regulación de las emociones interpersonales (24), mientras que realizar procedimientos médicos y retirarse de la situación pueden ser estrategias desadaptativas (19). Los resultados de otro estudio cualitativo sugieren que la supresión emocional era una de las estrategias más frecuentemente utilizadas por los estudiantes de medicina cuando sentían que sus emociones estaban impidiendo su capacidad para llevar a cabo las tareas con eficacia (25). Sin embargo, aunque en general la supresión se considera una regulación desadaptativa de las emociones (17), en la cultura médica podría considerarse una estrategia adaptativa con consecuencias positivas a corto plazo (26).

Además, los estudiantes de medicina aplicaron una estrategia adicional, que consistía en participar en un proceso de replanteamiento de las circunstancias estresantes racionalizando la conducta negativa y dirigiendo la atención hacia las capacidades positivas del médico. Los estudiantes mostraron una tendencia a disminuir la intensidad emocional del incidente mediante el proceso de reevaluación, en el que reevaluaron el problema y se centraron más en los factores externos que podían haber contribuido a la aparición de la conducta negativa.

Dos estudios más recientes evaluaron la vida emocional de los auxiliares de enfermería de los servicios de urgencias y de cuidados paliativos. Los resultados del estudio en el que se evaluaron las estrategias de regulación de las emociones de los auxiliares de enfermería de los servicios de urgencias mostraron que la desvinculación/desapego, la supresión, la compartimentación, la distracción, la reevaluación cognitiva, la búsqueda de apoyo social y el ejercicio eran las más frecuentes entre este grupo (26). Estos resultados indican que un considerable número de enfermeras y enfermeros cree que sus estrategias son eficaces para mitigar el impacto perjudicial de las emociones negativas en su bienestar psicológico, en los pacientes y en la relación enfermero-paciente. Además, los resultados referentes a los auxiliares de enfermería de cuidados paliativos mostraron que son los que más utilizan la mejora del efecto extrínseco, seguida de la mejora del efecto intrínseco.

Los resultados también sugirieron que utilizan con menos frecuencia estrategias como el empeoramiento extrínseco-afectivo y el empeoramiento intrínseco-afectivo (27). Esto implica que, por lo general, los auxiliares de enfermería de cuidados paliativos tratan de mejorar las emociones de los demás, sobre todo de sus pacientes y de otras personas implicadas en el proceso asistencial.

3.4 Efectos intrapersonales e interpersonales de la regulación de las emociones en la asistencia sanitaria

La manera en que los profesionales sanitarios responden a sus emociones y las regulan en el entorno clínico puede tener repercusiones significativas tanto para ellos como para los pacientes a los que tratan, lo que en última instancia influye profundamente en la naturaleza de la relación clínica.

En un estudio cuyo objetivo era identificar las asociaciones entre la regulación de las emociones y la satisfacción vital, la fatiga por compasión y la satisfacción laboral entre auxiliares de enfermería de cuidados paliativos, se descubrió que la mejora intrínseca del afecto se asociaba positivamente con la satisfacción vital. El empeoramiento intrínseco del afecto se asociaba positivamente con la fatiga por compasión, mientras que el empeoramiento extrínseco del afecto se asociaba negativamente con una menor satisfacción laboral (27). En otras palabras, cuando los auxiliares de enfermería de cuidados paliativos utilizan la mejora intrínseca del afecto para regular sus emociones, informan de un alto nivel de satisfacción vital, lo cual es un indicador de bienestar psicológico. Mientras, cuando los auxiliares de enfermería de cuidados paliativos utilizan el empeoramiento intrínseco del afecto informan de un alto nivel de fatiga por compasión. Además, los auxiliares de enfermería de cuidados paliativos que hacen que otros se sientan peor, en este caso podrían ser pacientes, familiares de pacientes o colegas, tienen una menor satisfacción laboral.

Otro estudio investigó los vínculos entre las estrategias de regulación cognitiva de las emociones del personal de enfermería de cuidados a largo plazo y el *burnout* o síndrome del quemado (28). Se observó que un mayor uso de estrategias cognitivas de regulación de emociones inadaptadas, como la rumiación y la culpabilización de los demás, se asociaba a niveles más altos de agotamiento emocional. Además, la reevaluación positiva se correlacionó negativamente con la despersonalización. Es más, la reorientación hacia la planificación y la reevaluación positiva se correlacionaron significativa y positivamente con la realización personal entre los enfermeros.

Otra línea de investigación se refiere a los vínculos entre la regulación emocional del personal sanitario y la relación personal sanitario-paciente. Estudios anteriores mostraron que las percepciones de los pacientes sobre las habilidades de regulación emocional del personal sanitario estaban asociadas con la inmediatez no verbal en las interacciones médico-paciente, la satisfacción del paciente y la calidad de la comunicación (29). En el segundo estudio presentado en el mismo artículo, se descubrió que existían profundos y positivos vínculos entre la reevaluación de las emociones de los propios profesionales sanitarios y la satisfacción y el afecto positivo de los pacientes antes de encontrarse con los profesionales sanitarios.

También se investigaron los vínculos entre las estrategias desadaptativas de regulación de las emociones y la relación paciente-profesional sanitario. En un estudio con médicos como participantes, se hallaron correlaciones moderadas entre las estrategias desadaptativas de regulación interpersonal de las emociones, como el retraimiento, la imposición y la defensa, y la aparición de consecuencias negativas inmediatas en la relación médico-paciente, el aumento de la actitud defensiva, la evitación del paciente, la pérdida de empatía y de confianza en el paciente, y el fin de la relación (1).

En conjunto, estos resultados sugieren que las estrategias utilizadas por los profesionales sanitarios para regular sus propias emociones tienen efectos importantes no solo en su bienestar psicológico, sino también en el bienestar psicológico de los pacientes y en su satisfacción hacia el encuentro con el profesional sanitario.

3.5 Entrenamiento en regulación emocional para profesionales sanitarios

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia de problemas de salud mental, como ansiedad, estrés, depresión, trastornos de estrés postraumático y agotamiento entre los profesionales sanitarios (30; 31), se han utilizado diversos métodos para prevenir los síntomas psicopatológicos en los entornos médicos. Uno de ellos es el desarrollo de competencias para gestionar emociones alteradas y situaciones desafiantes en los hospitales. A continuación, presentaremos los resultados de intervenciones destinadas a desarrollar las capacidades de regulación de las emociones entre los profesionales sanitarios. Por ejemplo, un estudio destinado a probar la eficacia de una intervención de regulación emocional para disminuir el estrés laboral entre auxiliares de enfermería de la unidad de cuidados intensivos y de la unidad de cuidados críticos (32). La intervención consistió en ocho sesiones de dos horas celebradas durante tres semanas. Durante la primera y la última sesión, se invitó a los participantes a cumplimentar las escalas. Mientras, en las otras seis sesiones se les proporcionó información sobre las diferencias entre los distintos tipos de emociones, los efectos a corto y largo plazo de las emociones, las habilidades interpersonales (comunicación, expresión y resolución de conflictos), cómo ampliar la atención, desplazar la atención y frenar la rumiación, cómo utilizar estrategias cognitivas adaptativas y cómo cambiar los resultados conductuales y fisiológicos de las emociones. Los resultados mostraron que los auxiliares de enfermería asignados aleatoriamente al

grupo de intervención informaron de un menor nivel de estrés laboral tras la intervención.

Además, también informaron de niveles más bajos de dimensiones de estrés ocupacional como conflictos con los médicos, problemas con los compañeros, carga de trabajo, incertidumbre en relación con el tratamiento y problemas relacionados con los pacientes y sus familias en comparación con el grupo de control. Los resultados de otro reciente estudio de intervención en el que también participaron auxiliares de enfermería de cuidados intensivos y críticos presentan patrones de resultados similares (33). El entrenamiento en regulación emocional consiste en la adquisición de información relacionada con la psicoeducación y el desarrollo de habilidades como la relajación muscular progresiva, el no juzgar a los demás, aceptación y tolerancia de las respuestas emocionales, modificación de la atención, reevaluación cognitiva, resolución de problemas y habilidades interpersonales. Se observó que el grupo de intervención presentaba niveles más bajos de agotamiento, depresión y ansiedad que el grupo en lista de espera (grupo de control). Además, el grupo de intervención obtuvo puntuaciones más altas tras la intervención en cuatro de las cinco estrategias cognitivas adaptativas de regulación de la emoción (aceptación, reenfoque en la planificación, reenfoque positivo, reevaluación positiva) y puntuaciones más bajas tras la intervención en una de las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación de la emoción (aceptación, reenfoque en la planificación, reenfoque positivo, reevaluación positiva) y puntuaciones más bajas tras la intervención derivadas de una estrategia de emoción cognitiva desadaptativa, catastrofismo.

Los investigadores también estaban interesados en probar otros entrenamientos en regulación emocional, como la formación en regulación afectiva (34). En la última sección de este capítulo, ofreceremos una descripción detallada de este modelo y algunas recomendaciones sobre cómo puede utilizarse para desarrollar habilidades de regulación emocional entre los auxiliares de enfermería.

A continuación, ofreceremos los resultados de un estudio de intervención en el que se comprobó la eficacia de esta formación (35). Se comprobó que los participantes del grupo de intervención informaron de mejoras más elevadas tras la intervención en habilidades de regulación de las emociones como la aceptación, la tolerancia y la modificación. Además, el grupo que recibió un entrenamiento en regulación emocional con el modelo ART también informó de mejoras posteriores a la intervención en el bienestar y mejoras en las habilidades de regulación de las emociones y el bienestar en las tres evaluaciones puntuales (preintervención, postintervención y seguimiento). En otras palabras, los resultados de este estudio mostraron que el ART es eficaz para desarrollar habilidades de regulación de las emociones y mejorar el bienestar y el mantenimiento del bienestar de los cuidadores de ancianos durante un periodo de seis meses.

En general, los resultados de estas intervenciones mostraron que el entrenamiento en regulación emocional es un método fiable para desarrollar habilidades de regulación emocional y mejorar el bienestar en el trabajo, reduciendo los síntomas psicopatológicos entre los profesionales sanitarios.

3.6 Intervenciones de regulación emocional: entrenamiento en regulación emocional (modelo ART)

El modelo ART para una eficaz regulación de las emociones (34; 36) es un modelo de regulación de las emociones que utiliza técnicas de terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, intervenciones basadas en *mindfulness*, formación en empatía, terapia centrada en las emociones y terapias de resolución de problemas. Este modelo demostró la importancia de las habilidades de regulación emocional en las intervenciones psicoterapéuticas sobre el estado de salud mental de los pacientes hospitalizados. En un hospital alemán especializado en diversos trastornos mentales, un grupo de 289 pacientes se benefició de la terapia cognitivo-conductual y de la formación en competencias emocionales integradoras. Según las mediciones realizadas, antes de la intervención de formación los resultados del test mostraron diferencias significativas entre el grupo clínico y el grupo control en todas las escalas (especialmente en aceptación, resiliencia y comprensión), y después de la intervención, en el caso de los pacientes que se beneficiaron tanto del tratamiento habitual como de un entrenamiento en regulación emocional, se encontraron considerables mejoras en las puntuaciones de las habilidades de regulación emocional.

La mejora de las habilidades de afrontamiento, aceptación y tolerancia de las emociones negativas son los indicadores más potentes y coherentes de las ventajas del tratamiento (36). Las intervenciones formativas modifican el registro emocional: experiencia, expresión, regulación. Los datos de un experimento de grupo con estudiantes pusieron de manifiesto que, tras sesiones de entrenamiento de tres horas divididas en dos partes, el efecto del entrenamiento en habilidades de regulación emocional, felicidad y calidad de vida es significativo en el caso del grupo experimental (en comparación con el grupo de control). Por lo tanto, las personas que aprenden a regular adaptativamente sus emociones declararán un mayor nivel de felicidad (37).

En el modelo ART, la regulación adaptativa de las emociones se conceptualiza como una interacción dependiente de la situación entre siete habilidades de regulación de las emociones (36):

1. La capacidad de ser consciente de las emociones.
2. La capacidad de identificar y etiquetar correctamente las emociones.
3. La capacidad de identificar lo que causa y mantiene una emoción.
4. La capacidad de modificar activamente las emociones de forma adaptativa.
5. La capacidad de aceptar y tolerar las emociones negativas.
6. La capacidad para abordar y afrontar situaciones.
7. La capacidad de proporcionar autoapoyo compasivo en situaciones angustiosas.

Práctica del modelo ART

En esta sección, se le invita a tener algunas experiencias prácticas que le empoderarán en su vida emocional.

Aplicación 1. Momento de reflexión

1. *¿Cómo reconoce una emoción ante usted mismo?*

2. *¿Podría etiquetar las emociones?*

3. *¿Cómo reconoce una tormenta emocional?*

4. *¿Cómo son los pensamientos automáticos en una regulación adaptativa/no adaptativa de las emociones?*

Aplicación 2. La verdad sobre las emociones

Es importante tener una percepción correcta y coherente de nuestras emociones. De acuerdo con su vida emocional, seleccione si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones:

1. *Comunicar a los demás que me siento mal es debilidad. V/F*
2. *Los sentimientos negativos son malos y destructivos. V/F*
3. *Ser emocional significa estar fuera de control. V/F*
4. *Las emociones pueden surgir sin motivo. V/F*

5. *Todas las emociones dolorosas son el resultado de una mala actitud. V/F*

Si ha dado tres o más respuestas verdaderas, tiene muchos conceptos erróneos sobre las emociones.

**Aplicación 3. Ejercitar la capacidad de ser consciente y etiquetar correctamente las emociones -
Alegría**

- *Proponga diez palabras que describan la emoción de la alegría.*
- *Proponga (tres-cinco) eventos para sentir alegría.*
- *Identifique (tres-cinco) secuelas de la alegría.*

Por ejemplo:

- Diez palabras que describen la emoción de la alegría: diversión, contento, deleite, entusiasmo, esperanza, felicidad, regocijo, jovialidad, placer, satisfacción.
- Las secuelas de la alegría: ser amable con los demás, hacer cosas buenas por los demás, tener una actitud positiva y ver el lado positivo (Linehan, 1993).

Aplicación 4. Alegría y euforia

- *Proponga (tres-cinco) eventos para sentir euforia.*
- *Identifique (tres-cinco) efectos secundarios de la euforia.*
- *Identifique las diferencias entre alegría y euforia. ¿Qué observa? ¿Cómo podría explicar esas diferencias?*

Aplicación 5. Tristeza

- *Proponga diez palabras que describan la emoción de la tristeza.*
- *Proponga (tres-cinco) eventos para sentir tristeza.*
- *Identifique (tres-cinco) secuelas de la tristeza.*

Por ejemplo:

- Diez palabras que describen la emoción de la tristeza: melancolía, dolor, decepción, lástima, pena, infelicidad, miseria, soledad, disgusto, pesadumbre.
- Las secuelas de la tristeza: sensación de cansancio o de falta de energía, sensación de vacío, sensación de que ya nada es placentero (38).

Aplicación 6. Tristeza y desesperación

- *Proponga (tres-cinco) eventos para sentir desesperación.*
- *Identifique (tres-cinco) secuelas de la desesperación.*
- *Identifique las principales diferencias entre tristeza y desesperación. ¿Qué observa? ¿Cómo podría explicar esas diferencias?*

Aplicación 7. Ira

- *Proponga diez palabras que describan la emoción de la ira.*
- *Proponga (tres-cinco) eventos para sentir ira.*
- *Identifique (tres-cinco) secuelas de la ira.*

Por ejemplo:

- Diez palabras que describen la emoción de la ira: antipatía, envidia, exasperación, frustración, furia, irritación, resentimiento, agitación, hostilidad, agitación.
- Las secuelas de la ira: sensación de incoherencia, sensación de descontrol, tensión muscular (Linehan, 1993).

Aplicación 8. Ira y devastación

- *Proponga (tres-cinco) eventos para sentir devastación.*
- *Identifique (tres-cinco) secuelas de la devastación.*
- *Identifique las principales diferencias entre ira y devastación. ¿Qué observa? ¿Cómo podría explicar esas diferencias?*

Aplicación 9. La capacidad de identificar lo que causa y mantiene una emoción

Recuerde una situación reciente en la que se sintió *triste* y otra en la que se sintió *desesperado*. Complete la siguiente tabla con:

*¿Qué ocurrió realmente? ¿Qué pensamientos le vinieron a la mente? ¿Cómo decidió comportarse?
¿Cuáles fueron las consecuencias?*

Fecha y hora	¿Qué pasó?	Pensamientos	Sentimientos	Comportamiento	Consecuencias
			Tristeza		
			Desesperación		

¿Qué observa con respecto a estas dos emociones, causas y consecuencias?

¿Cuáles son los pensamientos de ayuda?

¿Los pensamientos de ayuda provocan otros sentimientos?

¿Qué más podría hacer? ¿Tendría otras consecuencias?

Aplicación 10. La capacidad de identificar lo que causa y mantiene una emoción

Recuerde una situación reciente en la que estaba *enfadado* y otra situación en la que sintió *devastación*. Complete la siguiente tabla con:

¿Qué ocurrió realmente? ¿Qué pensamientos le vinieron a la mente? ¿Cómo decidió comportarse?

¿Cuáles fueron las consecuencias?

Fecha y hora	¿Qué pasó?	Pensamientos	Sentimientos	Comportamiento	Consecuencias
			Ira		
			Devastación		

¿Qué observa con respecto a estas dos emociones, causas y consecuencias?

¿Cuáles son los pensamientos de ayuda?

¿Los pensamientos de ayuda provocan otros sentimientos?

¿Qué más podría hacer? ¿Tendría otras consecuencias?

Aplicación 11. Capacidad de aceptar y tolerar las emociones negativas

Piense en una situación concreta en la que haya experimentado una emoción negativa en una *situación de pérdida*. Si mirara su cuerpo, de arriba abajo, donde podría identificar algunas tensiones. Si esta tensión tuviera *una forma, un color y un nombre* (escribir en el espacio bajo estas líneas).

Aplicación 12. Capacidad para proporcionar autoapoyo compasivo en situaciones angustiosas

Si su mejor amigo se encontrara en una situación angustiosa, ¿cuál sería su respuesta en términos de...?:

- mensaje verbal
- respuesta no verbal
- recompensa

Transfiera estas respuestas en relación con usted mismo en una situación angustiosa.

Algunas conclusiones:

- En las últimas décadas, las intervenciones para una regulación emocional funcional han registrado una creciente atención tanto por parte de investigadores como de profesionales.
- El impacto del estilo de regulación emocional sobre diferentes variables (bienestar general, estilo afectivo, ansiedad, estado de ánimo depresivo) representa un argumento de peso para la integración del entrenamiento en regulación emocional en diferentes niveles de intervención.
- La tendencia actual, a nivel de intervenciones psicoterapéuticas, es integrar los conceptos, técnicas y métodos pertenecientes a varias escuelas para potenciar los resultados.

Referencias

1. da Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: what happens?. *Permanente Journal*, 20(3) 31-37. <https://doi.org/10.7812/TPP/15-229>
2. Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: a video-based observational study. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>
3. Shapiro, J. (2011). Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic medicine*, 86(3), 326-332. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182088833>
4. Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14(2), 176-182. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.007>
5. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
6. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

7. Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
8. Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/1754073912451630>
9. Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220. <https://doi.org/10.1080/02699930802396556>
10. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
11. Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. B., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology*, 30, 53-73. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9099-9>
12. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
13. Scherer, K.R. (2007). Componential emotion theory can inform models of emotional competence. In Matthews, Zeidner, & Roberts (Eds.), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 101–126). Oxford University Press.
14. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD>
15. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2022). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 413-422. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
16. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 659-669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
17. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
18. Jurado, M. D. M. M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Fernández-Martínez, E., Martínez, Á. M., & Linares, J. J. G. (2021). Coping strategies in the Spanish population: the role in consequences of COVID-19 on mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 606621, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.606621>

19. Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioural emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences, 137*, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
20. Dubey, N., Podder, P., & Pandey, D. (2020). Knowledge of COVID-19 and its influence on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation and Psychological Flexibility in the Indian community. *Frontiers in Psychology, 11*, 3031, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589365>
21. Ursu, A., & Măirean, C. (2022). Cognitive Emotion Regulation Strategies as Mediators between Resilience and Stress during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12631, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912631>
22. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2020). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health, 1*-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
23. Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback, 40*(2), 107-115. <https://doi.org/10.1007/s10484-015-9279-8>
24. Swerdlow, B. A., & Johnson, S. L. (2022). The Interpersonal Regulation Interaction Scale (IRIS): A multistudy investigation of receivers' retrospective evaluations of interpersonal emotion regulation interactions. *Emotion, 22*(6), 1119-1136. <https://doi.org/10.1037/emo0000927>
25. Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions?. *BMC medical education, 16*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0832-9>
26. Isbell, L. M., Boudreaux, E. D., Chimowitz, H., Liu, G., Cyr, E., & Kimball, E. (2020). What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ quality & safety, 29*(10), 1-21. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>
27. Barnett, M. D., Cantu, C., & Clark, K. A. (2020). Multidimensional emotion regulation strategies among hospice nurses. *Death Studies, 44*(8), 463-468. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1586790>
28. Bamonti, P., Conti, E., Cavanagh, C., Gerolimatos, L., Gregg, J., Goulet, C., ... & Edelstein, B. (2019). Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study. *Journal of Applied Gerontology, 38*(1), 92-111. <https://doi.org/10.1177/0733464817716970>
29. Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health Communication, 29*(2), 205-214. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.738150>

30. Wu, H., Chi, T. S., Chen, L. I., Wang, L., & Jin, Y. P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 627-634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x>
31. Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
32. Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(12), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23693.9042>
33. Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 445-453. <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>
34. Berking, M., Whitley, B., Berking, M., & Whitley, B. (2014). The adaptive coping with emotions model (ACE model). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*, 19–29.
35. Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of occupational health psychology*, 21(4), 480-493. <https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
36. Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
37. Tahared mahdavi haji, Mohammadkhani, S., Hahtami, M., (2011), The Effectiveness of life skills on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia- Social and Behavioural Sciences* 30, 407- 411. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080>
38. Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press.

CAPÍTULO 4

Aprendizaje basado en problemas en la formación de enfermería

Autores: Inés CASADO, Leticia BARRIONUEVO, Leticia VALDEÓN

4.1. Introducción

Las metodologías de enseñanza en la educación superior han estado en constante evolución durante las últimas décadas. Un informe de la UNESCO sobre la enseñanza superior en el siglo XXI hace hincapié en la relevancia de la enseñanza superior para abordar los numerosos retos a los que se enfrenta la humanidad en este siglo y sugiere la necesidad de pasar de la asignación de calificaciones al desarrollo de competencias con el fin de reforzar el vínculo entre la educación y el mundo laboral [1]. Esta orientación surge de la reflexión sobre la necesidad de formar a los titulados para que inicien su vida profesional con un abanico de competencias suficientemente amplio, que abarque los pilares para la educación-aprendizaje a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir en sociedad, tal y como se recoge en el Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI [2]. El Proyecto de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico sobre la Definición y Selección de Competencias (DeSeCo) señala la necesidad de reorientar los planes de estudio y adaptar el papel del docente para ayudar al alumnado a adquirir competencias [3].

Hoy en día, en el campo de las ciencias de la salud, resulta cada vez más evidente la necesidad de modificar y mejorar los métodos de enseñanza tradicionales para aumentar la motivación de los estudiantes y la adquisición de conocimientos [4]. Los futuros profesionales tendrán que enfrentarse a problemas que exigen enfoques innovadores y habilidades específicas para abordar cuestiones complejas. Estos futuros profesionales deben formarse utilizando estrategias y técnicas que se apliquen específicamente a esta realidad [5].

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) se fundamenta en dos argumentos conceptuales y teóricos. El primero de ellos es la obra del filósofo de la educación John Dewey, que subrayó la importancia de aprender a través de la experiencia [6]. Según Dewey, en esta experiencia del mundo real, los estudiantes se enfrentan a un problema que estimula su pensamiento, recopilan la información que necesitan para encontrar soluciones al problema y la utilizan para poner a prueba sus conocimientos. Por otra parte, el ABP se inspira en la teoría sociocultural de Vygotsky, quien subrayó la importancia de que el alumnado participe en comunidades cognitivas de aprendizaje intercambiando y comparando ideas con los demás, comprometiéndose activamente entre ellos para resolver problemas mientras el docente dirige sus esfuerzos [6,7].

El uso de esta metodología se remonta a 1969, cuando la Facultad de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá la introdujo en su plan de estudios. El objetivo era encontrar nuevos enfoques que mejoraran la motivación y el aprendizaje de los estudiantes, ya que estaban muy insatisfechos con los métodos de enseñanza de la medicina utilizados hasta entonces [8].

La primera promoción que se graduó en la nueva Facultad de Medicina de la Universidad McMaster lo hizo en 1972. Al mismo tiempo, el programa de Medicina Humana de la Universidad de Michigan introdujo un curso basado en problemas como parte de su plan de estudios preclínicos. También a principios de la década de 1970, las universidades de Maastricht (Países Bajos) y Newcastle (Australia) crearon facultades de medicina que incorporaron el ABP a su plan de estudios. A principios de los años ochenta, otras facultades que habían seguido trabajando con un tradicional plan de estudios empezaron a desarrollar planes similares estructurados en torno a este nuevo enfoque. La universidad que lideró esta tendencia fue la Universidad de Nuevo México, en Estados Unidos. Poco después, otras escuelas aceptaron el reto de reestructurar todo su plan de estudios en torno al ABP. Las universidades que lideraron este esfuerzo fueron Hawái, Harvard y Sherbrooke (Canadá) [9].

Barrows (1986) define el ABP como “un método de aprendizaje basado en el principio de utilizar los problemas como punto de partida para la adquisición e integración de nuevos conocimientos”. Reconoce que el proceso de diagnóstico del paciente se basaba en una combinación de razonamiento hipotético-deductivo y conocimientos multidisciplinares. Un enfoque “tradicional” basado en el aula

para enseñar contenidos específicos de una disciplina (anatomía, neurología, farmacología, psicología, etc.) no proporcionaba a los estudiantes un contexto para aplicarlos en el ámbito clínico [10]. Además, este enfoque tradicional se veía dificultado por la rápida evolución de la base de conocimientos de la ciencia y la medicina, que impulsaba cambios tanto en la teoría como en la práctica [11].

El ABP es un enfoque docente y curricular centrado en el alumnado que le prepara para llevar a cabo investigaciones, integrar teoría y práctica, y aplicar conocimientos y habilidades para desarrollar soluciones viables a un problema definido. Para el éxito de este enfoque es fundamental la selección de problemas poco estructurados (y a menudo interdisciplinarios) y un tutor que guíe el proceso de aprendizaje y proporcione un informe exhaustivo al final de la experiencia de aprendizaje [11].

Barrows expuso las características esenciales del ABP, reducidas a lo siguiente [12]:

- Los estudiantes deben hacerse responsables de su propio aprendizaje.
- Las simulaciones de problemas utilizadas en el aprendizaje basado en problemas deben ser poco estructuradas y permitir la libre investigación.
- El aprendizaje debe integrarse a partir de una amplia variedad de disciplinas o materias.
- La colaboración es esencial.
- Lo que los estudiantes aprenden durante su aprendizaje autodirigido debe aplicarse de nuevo al problema con un nuevo análisis y resolución.
- Es esencial un análisis final de lo que se ha aprendido al trabajar con el problema y un debate sobre los conceptos y principios que se han aprendido.
- La autoevaluación y la evaluación paritaria deben realizarse al finalizar cada problema y al final de cada unidad curricular.
- Las actividades realizadas en el aprendizaje basado en problemas deben ser aquellas que se valoran en el mundo real.
- Los exámenes del alumnado deben medir su progreso hacia los objetivos del aprendizaje basado en problemas.
- El aprendizaje basado en problemas debe ser la base pedagógica del plan de estudios y no parte de un plan de estudios didáctico.

La metodología ABP se adapta perfectamente al desarrollo de los sistemas de enseñanza superior porque facilita no solo la adquisición de conocimientos, sino también de otras destrezas como el trabajo en equipo, la capacidad de comunicación, la asunción de responsabilidades en el aprendizaje autónomo, la colaboración en la búsqueda de información, la evaluación crítica de la información, la escucha activa y el respeto por los puntos de vista de los demás [13].

El objetivo del ABP en la enseñanza de la enfermería es “mejorar las habilidades de razonamiento clínico mediante la resolución de problemas y el pensamiento crítico de los estudiantes” [14].

4.2. Cómo elaborar un caso práctico basado en el ABP

El trabajo sobre un problema real en el aula comienza con la identificación y definición de las competencias profesionales que deben adquirirse, distinguiendo entre las distintas áreas de conocimiento, tal y como se describen en el Informe Delors [2]:

- Aprender a conocer (competencia técnica).
- Aprender a hacer (competencia metodológica).
- Aprender a ser (competencia participativa).
- Aprender a vivir juntos (competencia personal).

Para comprender mejor las cuestiones de diseño y facilitación en torno al ABP, debemos analizar las características esenciales de este entorno de aprendizaje. El ABP comienza con un problema. Este problema es el estímulo para el aprendizaje. Los problemas son complejos con múltiples objetivos, algunos de los cuales son imprecisos y no suelen tener una única respuesta correcta. Puede haber varias soluciones o ninguna, lo que obliga a los estudiantes a considerar alternativas, elegir la solución más viable y proporcionar un argumento razonado para apoyar su elección [15].

En el ABP, el alumnado dirige el proceso buscando información, seleccionándola y organizándola después con vistas a resolver el problema planteado. El docente se convierte en tutor, guiando el

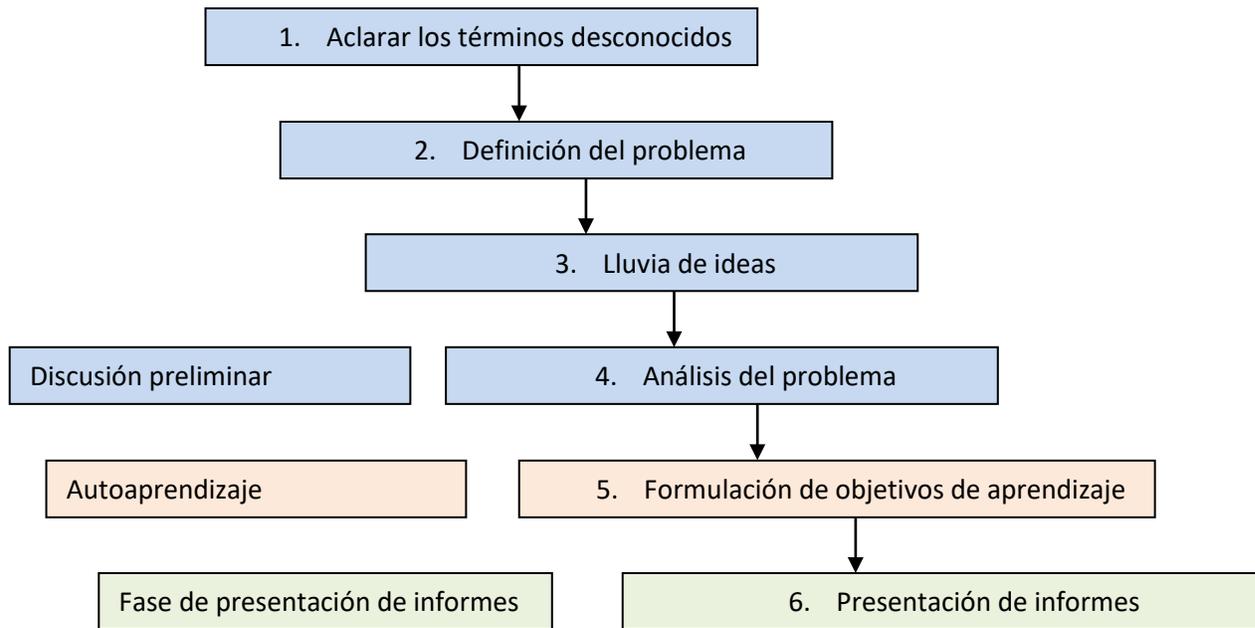
aprendizaje del estudiante, sugiriendo fuentes de información y respondiendo a sus necesidades. Los objetivos son desarrollar habilidades de pensamiento, activar procesos cognitivos y transferir metodologías para “aprender a aprender”. Por tanto, el ABP se basa en el supuesto de que el aprendizaje es un proceso activo, integrado y constructivo en el que influyen factores tanto sociales como contextuales [9].

El desarrollo de un caso práctico basado en el ABP implica siete pasos clave [16]:

- Paso 1: aclarar los términos desconocidos. Se aclaran los términos y conceptos poco claros de la descripción del problema para que todos los integrantes del grupo entiendan la información que se ofrece.
- Paso 2: definición del problema. El problema se define en forma de una o varias preguntas. El grupo tiene que ponerse de acuerdo sobre los fenómenos que hay que explicar.
- Paso 3: lluvia de ideas. Se activan y determinan los conocimientos preexistentes de los integrantes del grupo. Este proceso implica la generación del mayor número posible de explicaciones, ideas e hipótesis. Se recopilan las ideas de todos los integrantes del grupo, sin análisis crítico.
- Paso 4: análisis del problema. Las explicaciones e hipótesis de los integrantes del grupo se debaten en profundidad y se analizan sistemáticamente. Las ideas se ordenan y se relacionan entre sí.
- Paso 5: formulación de objetivos de aprendizaje. A partir de las contradicciones, opacidades y ambigüedades del análisis del problema, se formulan preguntas que constituyen la base de las actividades de estudio de los integrantes del grupo. En resumen, se determina de qué conocimientos carece el grupo y se formulan objetivos de aprendizaje sobre esos temas.
- Paso 6: autoestudio. En la fase de autoestudio, los integrantes del grupo buscan bibliografía relevante que pueda responder a las preguntas de los objetivos de aprendizaje. Tras estudiar esta bibliografía, los integrantes del grupo se preparan para presentar sus conclusiones en la siguiente reunión de tutoría.
- Paso 7: presentación de informes. Después de informar sobre las fuentes que los integrantes del grupo han utilizado en sus actividades de autoestudio, tiene lugar un debate sobre los objetivos

de aprendizaje basados en la bibliografía estudiada. Los integrantes del grupo intentan sintetizar lo que han encontrado en las distintas fuentes.

Figura 4. Enfoque en siete etapas [15]



4.3. Emociones positivas/negativas: casos prácticos

Caso de emoción positiva:

Juan tiene 64 años y lleva seis días hospitalizado en una unidad de rehabilitación/fisioterapia tras sufrir un derrame cerebral.

Juan está despierto y orientado, y tiene hemiparesia derecha.

Inmediatamente comenzó la rehabilitación motora con buenos resultados.

Sin embargo, dice a los auxiliares de enfermería que tiene miedo de no recuperar su motricidad y su autonomía. Su estado de ánimo no es el mejor, quiere recuperar su vida, su trabajo y su estado de

ánimo.

En los dos últimos días, Juan ha declarado que puede hacer ejercicios que antes no podía.

Encantado con los avances, le comenta a los enfermeros de guardia que la situación mejora claramente.

Al observar la recuperación positiva, el profesional sugiere que Juan también haga los ejercicios por la tarde e intente hacer algo de forma independiente, bajo la supervisión del personal y con total seguridad.

Juan está contento, por fin ve que su cura está cerca y pregunta: “¿podemos empezar ya?”.

- Identificar las necesidades de relación del paciente.
- Debatir las intervenciones de enfermería para la persona con necesidades de relación a la luz de la enfermería basada en la evidencia.
- Identificar las emociones positivas presentes en este escenario.
- Hablar sobre cómo mantener emociones positivas tanto en el paciente como en el profesional sanitario.

- Hablar sobre cómo las emociones positivas pueden impulsar la mejora de la atención sanitaria a la luz de la enfermería basada en la evidencia.

Caso de emoción negativa:

Mujer de 46 años que sufre la pérdida de su marido tras una larga enfermedad. Tiene un hijo y una hija adolescentes, y otra hija en edad de escuela primaria.

Hace años le diagnosticaron un cuadro ansioso-depresivo, bien controlado hasta ahora con tratamiento farmacológico y psicoterapia privada.

Tras la muerte de su marido, se pone en contacto con su enfermera de atención primaria. Durante el

transcurso de la enfermedad terminal de su marido se realizaron frecuentes visitas a domicilio, lo que fomentó una relación de confianza y cooperación con toda la familia. Ahora, debido a su situación emocional y personal, es ella quien acude a la enfermera en busca de apoyo.

Está desempleada, tiene estudios primarios y carece de formación especializada. Su situación económica actual es precaria. Su marido mantenía unida a la familia, no solo económicamente, y su muerte ha dejado a toda la familia vulnerable, añadiendo estrés a una situación ya de por sí complicada. La pensión de viudedad no basta para cubrir todos los gastos. No tiene más familia y su relación con la familia de su marido no es muy buena.

Se realiza una entrevista domiciliaria para intentar comprender mejor su estado emocional y mejorar su capacidad para afrontar su situación actual:

- Definir el duelo y la emoción negativa.
- Identificar las etapas de desarrollo de las emociones negativas en el proceso de duelo.
- Identificar las principales emociones negativas que probablemente se produzcan en el caso clínico presentado.

- Debatir las principales intervenciones de enfermería para la adecuada gestión emocional del duelo.
- Hablar sobre cómo gestionar adecuadamente las emociones para evitar la aparición de un duelo patológico.

4.4. Cómo evaluar el ABP con el alumnado

En el ABP, el proceso de evaluación está integrado en el proceso de aprendizaje y el bucle de retroalimentación debe ser continuo, de modo que sirva de estímulo para la mejora y el desarrollo del propio proceso. El objetivo principal de la evaluación es, por tanto, proporcionar información sobre los puntos fuertes y débiles e identificar posibles áreas de mejora.

Si se introducen cambios en la forma de aprender y enseñar, también será necesario cambiar la forma de evaluar el aprendizaje. El objetivo es determinar si el estudiante ha adquirido los conocimientos necesarios mediante el aprendizaje autónomo y cooperativo y si también ha desarrollado y perfeccionado las competencias esperadas a través de una reflexión profunda y desempeñando un papel activo en la configuración del proceso de aprendizaje [17].

El principal beneficio de la participación de los estudiantes en la evaluación es que tomen conciencia de su proceso formativo, y que puedan apreciar la contribución de los demás y tomar decisiones basadas en sus propios juicios. A continuación, se describen brevemente algunas formas de evaluación utilizadas en el proceso de ABP [18]:

- Examen escrito. Pueden ser exámenes a libro cerrado o abierto. Las preguntas deben diseñarse de forma que las competencias sean transferibles a problemas o temas similares.
- Examen práctico. Sirven para garantizar que el alumnado sea capaz de aplicar los conocimientos adquiridos durante el curso.
- Mapas conceptuales. Los estudiantes demuestran sus conocimientos y su crecimiento cognitivo creando relaciones lógicas entre conceptos y representándolas gráficamente.
- Evaluación paritaria (coevaluación). Se proporciona al estudiante orientación sobre las categorías de evaluación para ayudarlo en el proceso de evaluación entre iguales. Este proceso también subraya el entorno de trabajo cooperativo del ABP.
- Autoevaluación. Ofrece al estudiante la oportunidad de reflexionar detenidamente sobre lo que sabe, lo que no sabe y lo que necesita aprender para realizar determinadas tareas.
- Evaluación del tutor. Consiste en dar al tutor información sobre su participación en el grupo. Esta información puede venir dada por el grupo o por un observador externo.
- Presentación oral. El ABP ofrece al alumnado la oportunidad de practicar sus habilidades comunicativas. Las presentaciones orales son una forma de observar estas habilidades.
- Informe escrito. Permite a los estudiantes practicar sus habilidades de comunicación escrita.

La evaluación en el ABP debe estructurarse de modo que el alumnado pueda demostrar su

comprensión de los problemas y sus soluciones de un modo contextualmente significativo [5,17].

En el ABP desempeñan un papel fundamental dos tipos de evaluación [17]: formativa y sumativa. La evaluación formativa pretende determinar si se han alcanzado los objetivos fijados. Se realiza al final de cada tarea de aprendizaje y su finalidad es analizar los resultados obtenidos e identificar, en su caso, dónde se encuentran las dificultades de aprendizaje. Se realiza a lo largo de todo el proceso. La evaluación sumativa pretende, mediante una evaluación final, determinar una calificación en función del grado de consecución de los objetivos propuestos, teniendo en cuenta los juicios de valor que se han emitido sobre el estudiante a lo largo del proceso de aprendizaje.

Referencias

1. UNESCO. La Educación Superior en el siglo XXI. Visión y Acción. París: UNESCO; 1998.
2. Delors J. La educación encierra un tesoro: informe de la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana; 1996.
3. OCDE. La definición y selección de competencias clave. Resumen ejecutivo. París: OCDE; 2005.
4. Calzadilla ME. Aprendizaje colaborativo y tecnologías de la información y la comunicación. Revista Iberoamericana de Educación 2002;29(11):1-10. <https://doi.org/10.35362/rie2912868>
5. Escribano A, del Valle A, (Eds.). El Aprendizaje Basado en Problemas. Una propuesta metodológica en Educación Superior. Madrid: Narcea S.A. Ediciones; 2023.
6. Dewey J. Experience and Education: New York: Touchstone; 1938.
7. Eggen P, Kauchak D. Estrategias docentes. Enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
8. Spaulding W. The Undergraduate Medical Curriculum (1969 Model): McMaster University. Can Med Assoc J. 1969;100 (14):659-64.
9. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. In L Wilkerson, W Gijsselaers, (Eds.). Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1996. p. 3-12.
10. Barrows HS. Practice-based learning: Problem-based learning applied to medical education. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine; 1994.
11. Savery JR. Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning 2006;1(1). <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1002>
12. Barrows HS. The essentials of problem-based learning. Journal of Dental Education 1998;62:630-3. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1998.62.9.tb03223.x>
13. Wood D. ABC of learning and teaching in medicine. Problem based learning. BMJ 2003;326:328-30. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>

14. Wosinskic J, Belcherb AE, Dürrenbergera Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
15. Hmelo-Silver CE, Barrows HS. Goals and strategies of a problem-based learning facilitator. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning* 2006;1(1):21–39. <http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1004>
16. Camp G, van het Kaar A, van der Molen H, Schmidt H. PBL: step by step a guide for students and tutors. Rotterdam: Institute of Psychology, Erasmus University Rotterdam; 2014.
17. Ríos D. Sentido, criterios y utilidades de la evaluación del aprendizaje basado en problemas. *Educ Med Super*. 2007;21(3). <http://bit.ly/1hFpD0s>
18. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica. Monterrey: Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo; 2004.

CAPÍTULO 5

Competencias emocionales: enfoques de evaluación del alumnado

Autores: Annamaria BAGNASCO, Gianluca CATANIA, Giuseppe ALEO

5.1 Introducción

Evaluar significa emitir un juicio y asignar una puntuación (1). En los últimos años, la evaluación se ha convertido en una estrategia para determinar la calidad y el valor de un proyecto, un resultado o un plan de estudios (2). De hecho, en el campo de la formación de enfermería, cada vez hay más métodos de evaluación y los educadores de enfermería deben identificar y utilizar la herramienta correcta en función de las competencias que se vayan a evaluar (3). La fase de evaluación implica a los estudiantes, por supuesto, pero también a los tutores de enfermería, quienes deben tener claros los objetivos educativos que se van a evaluar (2).

En cuanto al programa educativo sobre competencias emocionales, la evaluación implica diferentes áreas de aprendizaje: intelectual y comunicación interpersonal. Además, teniendo en cuenta la importancia de la metodología ABP utilizada para adquirir competencias emocionales, los estudiantes de enfermería también desarrollan el pensamiento crítico (4).

Para evaluar estas diferentes áreas en este contexto, se pueden utilizar dos enfoques principales que son el examen oral mediante el enfoque del “triple salto” y la evaluación de las habilidades clínicas mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE). Para medir la competencia emocional también se recomienda un instrumento cuantitativo de recogida de datos, concretamente la Escala Veiga de Competencia Emocional (ECVS). El capítulo 6 presenta una descripción detallada de este instrumento de recogida de datos.

5.2 Examen oral: enfoque del “triple salto”

El examen oral mediante el enfoque del “triple salto” es un examen individual dividido en tres pasos o “saltos” (2).

- *Primer paso o salto:* se presenta al estudiante un caso clínico breve e incompleto (5). Los estudiantes de enfermería tienen que leerlo y analizarlo para identificar y solicitar la información que falta. En este primer salto, el tutor evalúa la capacidad de los estudiantes de enfermería para desarrollar la situación y los mecanismos del pensamiento crítico (2). Al final de este salto, los estudiantes tienen que identificar los problemas de enfermería del caso presentado. Este salto requiere unos 30 minutos.
- *Segundo paso o salto:* los estudiantes investigan y estudian de forma independiente cómo resolver los identificados problemas de enfermería. En este segundo salto, los estudiantes investigan soluciones utilizando sus notas tomadas durante las clases. También analizan libros y buscan en bases de datos o historiales médicos (2; 5). Este salto requiere unas dos horas.
- *Tercer paso o salto:* en el último salto los estudiantes tienen que proporcionar un resumen final del caso donde informan de algunas hipótesis de solución de problemas de enfermería. En este salto, los estudiantes tienen que debatir con el tutor el resumen de los problemas y el plan de gestión de enfermería (5). Los tutores tienen que dar algún *feedback* a los estudiantes y animarles a autoevaluarse. Este salto requiere unos 30 minutos (2).

Los tutores evalúan cada salto de forma diferente e independiente. En el primer salto, los tutores tienen que evaluar si el estudiante identifica todos los problemas de enfermería y si se necesita suficiente información. En el último salto, en cambio, los tutores tienen que evaluar si el estudiante identifica y prioriza correctamente las intervenciones específicas inherentes al caso presentado (2). El enfoque del “triple salto” utilizado en el programa de competencias emocionales se describe en el capítulo 4.3.

Todos los saltos se recogen en la siguiente tabla (Tabla 4.1):

Tabla 4.1 Examen del “triple salto”

Primer salto: definición de los problemas de enfermería (unos 30 minutos)	
Actividades de tutoría <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir el resultado y las actividades a evaluar 2. Presentar el caso práctico al estudiante 3. Proporcionar la información adicional requerida por el estudiante 4. Complimentar la tabla de evaluación 	Actividades de los estudiantes <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura del caso práctico 2. Identificar la información que falta 3. Formular el problema y generar hipótesis 4. Identificar temas de estudio
Segundo salto: identificar cómo resolver problemas de enfermería (unas dos horas)	
Actividades de tutoría No hay actividades	Actividades de los estudiantes <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar información para comprender el problema y resolverlo 2. Resumir la información
Tercer paso: resumen final del caso (unos 30 minutos)	
Actividades de tutoría <ol style="list-style-type: none"> 1. Complimentar la tabla de evaluación 2. Evaluar los logros del estudiante en materia de rendimiento 	Actividades de los estudiantes <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular el problema final y el plan de gestión, argumentando los resultados obtenidos de la investigación 2. Autoevaluación del nivel de rendimiento

5.3 Competencias emocionales con un caso de “triple salto”: María.

El caso

Es usted un auxiliar de enfermería que trabaja en el turno de noche. Le llama incesantemente María para que realice acciones que podría hacer de manera independiente (le pide algo de beber, le pide que la arroje mejor...). María está despierta y orienta, y es autosuficiente. Usted responderá rápidamente a cada llamada y María le saludará con una sarcástica sonrisa burlona, como si quisiera retarle. A la quinta llamada, se presenta ante ella preocupado al darse cuenta de que algo va mal.

Primer salto (30 minutos)

1. Se pide al estudiante que formule una hipótesis sobre el caso: *¿qué problemas de enfermería destaca en el caso que acaba de leer?*

Hipótesis previstas sobre el caso:

- Llamadas continuas e insistentes provocadas por la necesidad de comunicación inherente a la preocupación por el inquietante pronóstico.
- Comunicación no verbal causada por el miedo a la muerte.
- Actitud desafiante debido a la necesidad de ser tranquilizado sobre la terapia paliativa/ansiedad relacionada con los cuidados paliativos.

2. Datos relacionados con el caso para facilitarlos al estudiante, si fuera necesario

El estudiante solicita datos adicionales necesarios para definir mejor el caso. Marcar con una cruz los datos solicitados por el estudiante:

- Valores antropométricos: peso 48 kg, estatura 165 cm.
- Datos personales: edad 58 años.

- Vive con su marido, tiene dos hijas y cuatro nietos pequeños.
- Diagnóstico: cáncer de pulmón en estadio 4 con metástasis óseas.
- No hay metástasis cerebrales.
- Ciclo de quimioterapia en curso.
- Mal pronóstico, terapias paliativas recomendadas por el oncólogo.
- María es consciente de su pronóstico. Su oncólogo le ha aconsejado que interrumpa el ciclo de quimioterapia e inicie una terapia paliativa para tener la mejor calidad de vida posible en relación con su enfermedad.
- María es consciente de que la terapia paliativa es la mejor opción, pero se siente confusa e insegura. No puede aceptar que su enfermedad “haya llegado tan lejos”. Seguía adelante con la quimioterapia y se sentía mejor que al principio. A pesar de una fuerte tos, había retomado la jardinería con su marido. Últimamente se sentía más cansada.
- Se sentía insegura respecto al tratamiento paliativo y sabía que la quimioterapia la estaba ayudando. Estaba segura de que saldría adelante. Tenía esperanzas de sobrevivir al cáncer.
- Teme que los médicos la ignoren.
- Es budista.

3. Evaluación del primer salto

Los tutores deben cumplimentar esta parte de la siguiente tabla (4.2). Esta tabla se unirá a la Tabla 4.3.

Tabla 4.2 Evaluación del primer salto

Actividades de los estudiantes	Score
¿Ha identificado el estudiante al menos dos esperadas hipótesis inherentes al caso presentado?	/5 ¹
¿La información adicional solicitada era adecuada para definir las hipótesis identificadas?	/5 ²

¹1: una hipótesis con ayuda; 3: hipótesis evidente; 5: todas las hipótesis. ²1: la calidad de los datos recopilados es limitada; 3: los incorrectos datos recopilados no se refieren a más de una de las hipótesis; 5: los datos recopilados son correctos

Segundo salto (dos horas)

En este salto, los tutores tienen que asegurarse de que el estudiante ha:

- Identificado el problema.
- Planificado las intervenciones de enfermería.
- Identificado los temas para un estudio independiente.

Si el estudiante no ha identificado los temas clave, anótelos en la agenda de estudio. En tal caso, los tutores tienen que ayudar a los estudiantes a identificar los temas.

Tercer salto (30 minutos)

En el último salto, los tutores tienen que:

- Identificar las fuentes para la investigación bibliográfica y el uso de bases de datos.
- Evaluar si los estudiantes aplican los nuevos conocimientos a la resolución de problemas/hipótesis.
- Evaluar de forma concisa, mediante intervenciones, la exposición por parte del estudiante de la respuesta estructura a los problemas abordados.

1. Evaluación del tercer salto

Los tutores tienen que completar esta parte de la siguiente tabla (4.3). Esta tabla se unirá a la Tabla 4.2. La suma de la puntuación obtenida en la primera tabla y en esta, dará a los tutores la puntuación total del examen del “triple salto”.

Tabla 4.3 Primera tercera evaluación

Actividades estudiantiles	Puntuación
¿Ha identificado el estudiante al menos dos problemas asistenciales inherentes al caso presentado?	/7 ¹
¿Ha identificado el estudiante intervenciones específicas pertinentes al caso presentado?	/10 ²
¿Ha identificado el estudiante la prioridad de las intervenciones inherentes al caso presentado?	/3 ³

¹1: un problema que no refleja el uso del conocimiento teórico; 4: problemas que no son coherentes con el uso del conocimiento teórico; 7: problemas que están integrados con el conocimiento teórico.

²1: intervenciones no pertinentes para el caso; 5: intervenciones poco claras y no relacionadas; 10: las intervenciones son muy claras y relevantes al caso. ³1: evaluación incorrecta de las prioridades; 2: establece las prioridades correctamente; 3: evaluación clara de las prioridades con explicaciones

Autoevaluación de los estudiantes

Los tutores tienen que animar a los estudiantes a identificar sus puntos débiles y fuertes. Los resultados obtenidos deberán compartirse con el estudiante para proporcionarle *feedback*. De hecho, los tutores tienen que responder a las siguientes preguntas:

- ¿Solicitó el estudiante alguna aclaración?
- ¿Ha comprendido el estudiante la información facilitada?
- ¿Ha planteado el estudiante una hipótesis de investigación?
- ¿Mantuvo el estudiante una actitud activa?

Las respuestas a estas preguntas proporcionarán la evaluación global del estudiante.

5.4 Evaluación de las habilidades clínicas mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE)

El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) se utiliza ampliamente para la evaluación del rendimiento de las habilidades clínicas, centrándose en concreto en las habilidades de comunicación (6). Con el método OSCE, se evalúan tres dominios: cognitivo, afectivo y psicomotor (7). El uso de un rango de observación permite la equidad de la evaluación del desempeño del estudiante (8). Mediante el OSCE, las competencias comunicativas se evalúan en función del rendimiento de los estudiantes durante una situación práctica simulada (3). La simulación representa un escenario clínico real en el que el estudiante debe retarse utilizando sus habilidades (6). En el programa educativo en competencias emocionales, las habilidades que se evalúan son las competencias emocionales y comunicativas. De hecho, a través del examen OSCE, los tutores también podrían evaluar las habilidades de resolución de problemas de los estudiantes (9). Es importante que el examen OSCE se realice en un entorno equipado para evaluar todas las destrezas señaladas y en un centro donde la simulación pueda grabarse audiovisualmente (6).

Antes de realizar un examen OSCE es importante preparar una simulación realista. La simulación se basa en el método del juego de roles (7). El papel del paciente deberá interpretarlo un auxiliar de enfermería voluntario o un actor. Es importante que los estudiantes se sientan como en un caso real, por lo que podría ser una buena idea pedirles que le pongan el pijama al “falso paciente”. Al mismo tiempo, los estudiantes deberán llevar el uniforme utilizado durante las prácticas clínicas.

El escenario tiene que centrarse en las competencias que deben alcanzar los estudiantes al final del programa educativo. Por lo tanto, en este caso, el escenario creado se centra en las competencias emocionales y las habilidades comunicativas.

En el guion, es necesario insertar una sección relativa a los objetivos de aprendizaje y los comportamientos que se esperan del estudiante (6). La sección central del guion es el historial del paciente y sus problemas de salud. El guion presenta una parte con información que el “falso paciente” da espontáneamente a los estudiantes y otra información que deben pedir los estudiantes. La sección final del guion esbozará la tarea del estudiante, detallando los objetivos a cumplir, la información clave sobre el papel de los estudiantes, el contexto del entorno y los detalles clínicos documentados en el expediente de enfermería (9).

Para evaluar el rendimiento de los estudiantes se necesita una tabla de evaluación validada. Esta tabla evaluará la comunicación de información pertinente, el uso de un lenguaje apropiado, la escucha activa y la claridad de la comunicación. La tabla de evaluación consta de cuatro constructos: terminología, escucha, atención y claridad. Cada constructo debe evaluarse entre -2 y +2 puntos (Tabla 4.4) (8).

Tabla 4.4 Tabla de evaluación OSCE

	-2	-1	0	+1	+2
Terminología	Demasiado detallada, no apropiada	Demasiado detallada, apropiada	Apropiada Poco precisa	Adecuada, pero no responde a las preguntas inmediatamente	Responde inmediatamente a las preguntas
Escucha	Oye, pero no escucha	Escucha, pero no vuelve a hablar	Escucha y asiente, pero no siempre correctamente	Escucha y asiente correctamente	Comprobar si el falso paciente ha comprendido
Atención	No presta atención verbal ni conductual	La atención verbal y conductual es incoherente	Presta atención verbal	Presta atención verbal y conductual	Ofrece información al falso paciente
Claridad	La comunicación no es clara y la información no es precisa	La comunicación no es clara y la información no es muy precisa	La comunicación no siempre es clara y la información no siempre es precisa	La información es precisa, pero la comunicación no siempre es clara	Entiende la información correctamente

El nivel aceptable de rendimiento es de +2 puntos y corresponde a 18/30. La puntuación máxima, en cambio, es de +8 puntos y corresponde a 30/30. El examen OSCE lo realizan dos tutores. Para garantizar la validez y fiabilidad del examen OSCE, es importante que todos los elementos estén bien preparados y cuidadosamente desarrollados (6).

5.5 Competencias emocionales: escenario del examen OSCE para un juego de roles

Tema: el papel de las emociones en la relación asistencial con el paciente

Resumen

1. *Descripción de la situación que debe reproducirse:*

María, de setenta años y diabética, fue ingresada en el servicio de diabetología por descompensación diabética debida a una hipoglucemia oral. María llegó a urgencias hace dos días acompañada de su hijo, alegando cansancio, poliuria, polidipsia y malestar general. Le acaban de informar que tendrá que cambiar de terapia: se le administrará insulina 3 veces al día, previa medición de la glucemia. Usted se dirige a la paciente que acaba de pedir asistencia. María está muy preocupada por su situación y quiere irse a casa lo antes posible.

2. *Objetivo: estudiante de enfermería de segundo año.*

3. *Definición de las funciones de los participantes:* paciente de edad avanzada (coprotagonista), tutor de enfermería (auxiliar de enfermería protagonista) y estudiante de enfermería.

4. *Responsabilidades de los actores: funciones y actividades.*

Paciente: preocupada e insegura ante la nueva terapia.

Enfermero/a: establece una relación de confianza con la paciente, tratando de tranquilizarla sobre cómo llevar a cabo la terapia en casa.

Objetivo

1. Objetivo principal: garantizar una intervención asistencial basada en la evidencia que satisfaga las necesidades de la persona atendida en el ámbito clínico.

2. Objetivos intermedios:
 - Desarrollar una relación de confianza con la persona atendida:
 - Mantener una conversación abierta y respetuosa con la persona atendida.
 - Tomarse el tiempo necesario para establecer una relación terapéutica significativa.
 - Mostrar comprensión y disponibilidad.
 - Evaluar cómo el contexto y el entorno pueden afectar al desarrollo y mantenimiento de relaciones de confianza.
 - Prestar atención a los aspectos de la comunicación no verbal.

 - Gestionar la emocionalidad de la persona atendida:
 - Identificar el miedo que se esconde detrás de la agresividad de la paciente.
 - Identificar las preocupaciones de la persona atendida.
 - Explicar la importancia del correcto seguimiento de la terapia.
 - Compartir la pertinente información con la persona asistida.
 - Utilizar una comunicación verbal adecuada, prestando atención al tono de voz, utilizando una terminología apropiada a la capacidad de comprensión de la persona.
 - Evaluar los conocimientos de la paciente.

 - Gestionar la propia emocionalidad:
 - Identificar las propias emociones negativas para gestionarlas (ira, irritación, ...).
 - Controlar las propias emociones con una actitud activa y empática.
 - Mantener una escucha proactiva y educativa con la persona asistida.

Realismo del entorno: el entorno debe reproducir una habitación de una sala de hospital, con mobiliario clásico de hospital (cama, silla, mesilla de noche, armario, ...). Los actores deben personificar los papeles con precisión, mediante la correcta gestión del vestuario (ropa, ...).

Complejidad: el escenario presenta una situación ordinaria de cuidado de la persona asistida. Las complicaciones se refieren a la situación emocional de la persona atendida, que podría afectar al seguimiento del tratamiento en el domicilio.

Instrucciones para la persona que ocupa el puesto de la paciente

Usted es María, de 70 años, que padece diabetes desde hace siete años. Acudió a urgencias a regañadientes después de que su hijo, preocupado por su situación, insistiera. Una semana antes del ingreso, se sentía muy cansada, tanto que a menudo se sentaba a ver la tele y no podía terminar de ver los programas. Tenía que orinar a menudo, pero cree que era porque bebía mucho. En la sala, el diabetólogo le comunicó que se quedara tranquila, que su malestar se debía a una descompensación glucémica. Con la terapia de insulina pronto estará de vuelta en casa. No obstante, usted no conoce a los médicos y ellos a usted tampoco. Le cambiaron la terapia, pero le dan miedo las inyecciones. No sabe por qué ha tenido una “descompensación glucémica” y los médicos no entienden su situación.

Información espontánea (para dar a los estudiantes): cuando María recibe la información sobre el cambio de terapia de hipoglucemiantes orales a insulina, siente mucho miedo. A la paciente siempre le han dado miedo las inyecciones y las agujas, y no sabe cómo ponerlas. Llama a la enfermera para pedirle aclaraciones, pero está muy nerviosa.

Información no espontánea: tiene miedo a las agujas; tiene miedo de no ser capaz de seguir la terapia porque siempre se ha sentido cómoda con las pastillas. El médico se precipitó al darle la noticia, y por eso está muy enfadada. Se supone que un hospital es un lugar de cuidados y no un lugar para dar información precipitada.

Experiencia psicológica:

- Estado de inquietud y preocupación por el cambio de terapia.
- Preocupación por el empeoramiento de la enfermedad.
- Inquietud por la falta de atención del médico.

Referencias

1. Treccani – Enciclopedie on line, Istituto dell’Enciclopedia Italiana. <https://www.treccani.it/vocabolario/valutazione/> last access: 22 September 2023
2. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. Il tutor per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma, 2003.
3. Solà-Pola, M., Morin-Fraile, V., Fabrellas-Adrés, N., Raurell-Torreda, M., Guanter-Peris, L., Guix-Comellas, E., & Pulpón-Segura, A. M. (2020). The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. *Nurse education in practice*, 43, 102736. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102736>
4. Wosinska J, Belcher AE, Dürrenberger Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
5. Nastos, S., & Rangachari, P. K. (2013). The TRIPSE: a process-oriented exam for large undergraduate classes. *Biochemistry and molecular biology education : a bimonthly publication of the International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 41(3), 145–155. <https://doi.org/10.1002/bmb.20696>
6. Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., & Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse education today*, 38, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.034>
7. Rushforth H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(5), 481–490.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.009>

8. J.-J. Guilbert (1990). Guide Pédagogique Pour les Personnels de Santé. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
9. McWilliam, P., & Botwinski, C. (2010). Developing a successful nursing Objective Structured Clinical Examination. The Journal of nursing education, 49(1), 36–41.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20090915-01>

CAPÍTULO 6

La Escala Veiga de Competencia Emocional (ECVS)

Autores: Maria Augusta BRANCO, Lisa GOMES, João CAINÉ, Paulo NOVAIS, Rui PEREIRA, Filomena SOARES,

6.1 Introducción

Competencia emocional... Una concepción en progreso

“En mi compromiso con la vida, me siento cercano a la necesidad de reflexión... con los ojos puestos en mí mismo, en comunión con el Dios de Spinoza...”

Perspectivas para una introducción

En general, los espacios de trabajo, ya sea en campos científicos, tecnológicos y matemáticos como en la ingeniería, la neurociencia o la aeronáutica, o en áreas humanísticas como el trabajo social, el derecho, la educación o la sanidad, requieren cada vez más que los individuos posean habilidades blandas que expresen su competencia emocional. Los comportamientos necesarios para ser asertivo se han vuelto más complejos, interrelacionados y exigen una combinación de multitarea y profesionalidad, sin dejar de requerir un toque de encanto y fascinación, tanto en la vida personal o profesional.

La necesidad de gestionar los comportamientos que expresan estados corporales emocionales está legitimada, es esencial y subyace. Este terreno se refiere a las dimensiones de la competencia emocional, concretamente a la autoconciencia y a la gestión emocional. Los empleadores exigen un currículum de empatía, automotivación, impulso y concentración en la tarea. Este concepto actual de profesionalidad se expresa en todos los ámbitos del trabajo en general, y de la sanidad en particular.

El siglo XXI asumió las instituciones en general, y las de salud en particular, como espacios de cocreación, trazados en flujos de interacciones transdisciplinarias, diseñados en un paradigma que busca la calidad y la mejora. Los actuales paradigmas de excelencia persiguen encontrar estándares ejecutorios y evaluativos, como cuadros de conducta y rutas de trabajo, en el sentido y significado de alcanzar esa excelencia, por lo que sus actores deben tener un sentido de bienestar subjetivo y promover su salud a través de la educación emocional.

En los ámbitos social y sanitario, especialmente en contextos de pandemias, guerras o enfrentamientos sociales, la fragilidad del ser humano exige enfoques asistenciales más integrales y diversos. En estas situaciones, el concepto de humanidad se convierte en esencial, ya que ayuda a reconocer los aspectos insoportables del sufrimiento, las expresiones de angustia, exclusión y movilización. En estos contextos, los cuidadores deben poseer destreza emocional para desenvolverse con eficacia en estas situaciones repentinas, agotadoras y abrumadoras.

Por tanto, en contextos laborales los cuidadores trabajan en un escenario de posiciones intelectuales y laborales de y para la excelencia. En este amplio contexto, cabe situar la idea central de que, en el binomio instituciones y calidad (en términos de provisión humana) el componente de formación en promoción de la salud debe subyacer a la perspectiva holística, a la que la educación emocional, según Pérez et al. (2020), (1) no es ajena. Así, las instituciones de calidad y la educación emocional pueden ser simbióticas. Es decir, se supone que este binomio se ampliará y estimulará si se da esta triangulación.

En esta perspectiva, las instituciones en general, y las instituciones de la salud en particular, y dentro de estas los gestores organizacionales de las unidades orgánicas y respectivos servicios de salud, que rescataron la calidad de la atención como el elemento prioritario de este paradigma cocreador de excelencia en el camino hacia las visibilidades, éxito y reconocimiento de estas instituciones, están ahora llamadas a objetivar esta triangulación, donde no solo, sino también y de acuerdo con el estudio de Almeida et al. (2021) (2) se inserta el concepto de competencia emocional.

Desde el punto de vista de la operacionalización, más que un constructo teórico y estático de partida, se parte de la planificación de un eje estratégico transversal, desde la entidad gubernamental hasta los operadores en las instituciones de salud, capaz de identificar unidades de comportamiento asistencial, desarrollar planes de supervisión y atribución evaluativa para mejorar la calidad de los servicios prestados.

En este proceso, todos los recursos son relevantes y apropiados, especialmente los recursos humanos de forma absolutamente esencial, porque son los elementos centrales de los equipos de salud y en los que también se incluyen los auxiliares de enfermería. Y en estos recursos, sus características de productividad, conocimiento y capacidad de cumplimiento, creatividad y, sobre todo, interacción intra e interpersonal. Este contexto se trata del intercambio de energías, interacciones, prestación de servicios, que sirven y expresan los actos de cuidado, a nivel bio, psico, social, cultural y espiritual.

La esencia del tema es la enfermería en acción. Dentro de esta acción está implícita la capacidad de cuidar de uno mismo, de atender a su mundo interior y nutrir su medio interno, todo ello en la búsqueda de un cuidado holístico del mundo exterior. Este cuidado de uno mismo es quizás el indicador inicial de la calidad: el autocuidado.

Y, en este contexto, es importante aprender/desarrollar la competencia emocional en sus tres dimensiones a nivel intrapersonal: autoconciencia, automotivación y gestión de las emociones. Y a nivel interpersonal: empatía y gestión de las emociones sociales. Esto es así porque se ha comprobado que “existen equivalencias al relacionar las competencias generales del trabajo de enfermería con las competencias y habilidades emocionales que emergieron de las respuestas de estos profesionales...”, tal y como podemos ver en el estudio de Carício et al. (2021), (3).

La expresión corporal y/o cognitiva, en conciencia, de sentirse emocionalmente competente se traduce en armonía interior. Por tanto, se traduce en un nivel de disponibilidad hacia el exterior, hacia el otro, que puede revelarse como un indicador sensible de la calidad de los cuidados y, por tanto, de la calidad en salud, que, como defiende Donabedian (2003) (4), se refuerza en la relación interpersonal entre paciente y profesional de la salud, al incorporar los principios de respeto a los valores, creencias y

deseos del paciente y donde este es el centro de atención.

De hecho, ya a principios de siglo, Donabedian (2003) (4) en las primeras aproximaciones a la formulación del concepto de calidad en salud, situaba este concepto como una estructura sustentada en dos subestructuras: (1) el producto de la interacción de la ciencia y la tecnología de los factores de atención, y (2) las condiciones del entorno.

Y en esta estructura, consideró: a) la dimensión técnico-científica, b) la dimensión interpersonal, la relación interpersonal, profesional de salud y paciente, c) y la dimensión ambiental. Donabedian sostuvo que la calidad en salud resultaría de la forma en cómo esas variables se relacionan, siendo consideradas por el autor como los elementos centrales de la definición conceptual de calidad en salud. Y, en esa calidad, la interacción emocional y la percepción sobre ello, es una cuestión muy pertinente sobre la que reflexionar.

En estos contextos, el relacional y el cuidado del campo emocional, tiene sentido pensar en las habilidades blandas en general y en la competencia emocional en particular. De hecho, cuando decimos competencia emocional, describimos la capacidad que tiene una persona o un colectivo para expresar (o tener que expresar) sus propias emociones con total libertad, en qué parte o partes del cuerpo, en qué intensidad, equilibrio o durante cuánto tiempo. El concepto deriva de la noción de inteligencia emocional, que parece ser también la capacidad de identificar emociones y que está presente en toda la vida humana y animal.

Más concretamente, cuando hablamos de competencia, queremos hablar del nivel de habilidad con el que alguien interactúa de forma constructiva consigo mismo o con otras personas.

Así, y dado que este concepto trata de comprender y/o reconocer a qué nivel alguien puede lograr eficacia y/o eficiencia en una determinada dimensión (como la empatía o la regulación emocional), se presentará cómo se desarrolló la transformación del concepto en constructo y la respectiva operacionalización de cada una de las cinco dimensiones, así como y necesariamente la operacionalización de la competencia emocional global.

6.2 Competencia emocional

Antes del concepto, una visión general de la emoción

Las emociones de los seres humanos se activan en el cerebro en respuesta a diferentes estímulos, que pueden generarse interna y externamente, desencadenando un complejo estado del organismo, que se caracteriza por la perturbación o la excitación, lo que anticipa una respuesta organizada.

Como podemos observar en el estudio de Stanojlović et al. (2021), en realidad, la investigación muestra que los cuatro componentes que se influyen mutuamente representan el concepto de emociones y completan la experiencia emocional global, y estos componentes son: autónomo (las señales del sistema nervioso autónomo, aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial); somático (lenguaje corporal, expresiones faciales); cognitivo (control, gestión) y sentimiento subjetivo (emoción, experiencia individual). La interacción entre emociones y cognición ha sido objeto de investigación. En este estudio, los autores presentan el concepto real de que “las emociones pueden ser evocadas de forma refleja por estímulos físicos simples (*bottom-up*), pero también pueden ser reacciones complejas que implican reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (*top-down*). La amígdala, la estructura de “alerta” o “alarma neuronal”, es responsable de condicionar el miedo, mientras que el córtex prefrontal medial participa en la autorregulación de las emociones y en la toma de decisiones”. (Stanojlovic et al., 2021, p.361) (5).

Esta propuesta actual corrobora en términos de conocimiento y conceptualización, lo descrito con anterioridad en la investigación de Damásio (2000) que siempre le gusta concluir con la idea de que “la conciencia y la emoción no son separables” (6). No obstante, siempre parte del supuesto de que la emoción se asume como un programa construido filogenéticamente y “...su impacto biológico se considera muy diferente en términos de tres fenómenos que, a pesar de ser distintos, están estrechamente relacionados: tener una emoción, sentir esa emoción y tomar conciencia de que estamos sintiendo esa emoción...” (6). También se debe tener en cuenta cómo estos diferentes niveles pueden estar presentes en la persona.

En efecto, podemos tener una emoción y no sentir esa emoción y, por tanto, no ser conscientes de que estamos sintiendo esa emoción. Este hecho puede cambiar el nivel de autoconciencia de una persona, que no puede, por ese hecho, ser responsable y mucho menos “culpable”. Esta es una propiedad que se desarrolla con y durante la formación en educación emocional y que, en su capacidad demostrada, acerca a las personas a su competencia emocional. Este tipo de competencias son especialmente importantes en los auxiliares de enfermería.

Es importante aclarar, puesto que aquí se aborda la cuestión de la prestación de cuidados y servicios en un contexto de mayor o menor expresión de sufrimiento, dolor y/o angustia, que cualquiera de estos fenómenos puede o no desencadenar emociones en los auxiliares de enfermería.

Como explica el autor “... la emoción humana (6) es desencadenada incluso por la música y por películas baratas, cuyo poder nunca debemos subestimar. El impacto humano de todas estas causas de emociones, (...) depende de los sentimientos engendrados por ellas. Es a través de estos sentimientos, que son privados y dirigidos hacia el interior, que las emociones, que son públicas y dirigidas hacia el exterior, comienzan su impacto en la mente. Pero el impacto pleno y duradero de los sentimientos requiere conciencia, pues solo en conjunción con el advenimiento de un sentido de sí mismo los sentimientos llegan a ser conocidos por el individuo que los tiene” (6).

Y Damásio continúa (6): “... Separo tres etapas de procesamiento que forman parte de un continuo: un estado de emoción, que puede desencadenarse y ser ejecutado inconscientemente; un estado de sentimiento, que puede ser representado inconscientemente; y un estado de sentimiento hecho consciente, es decir, que es conocido por el organismo que está teniendo emoción y sentimiento”.

Es importante dejar claro que el fenómeno del “... contraste entre la condición de la emoción, que es inducida sin que lo sepamos y se vuelve hacia el exterior, y la condición del sentimiento humano, que es esencialmente conocida y se vuelve hacia el interior...” (6), puede dejarnos completamente confusos y sin preparación para afrontar este fenómeno en nosotros mismos. También nos puede confundir que los demás sepan de nosotros a través de nuestras expresiones y lo que sentimos nosotros a través del

sentimiento que sentimos por esa expresión emocional a la que los demás ya han accedido.

Este punto es esencial para comprender el valor del aprendizaje de la autoconciencia (la primera dimensión de la competencia emocional) a partir de la autoconciencia corporal porque, como explica Damásio, “... al igual que la emoción, la conciencia se basa en la representación del cuerpo...” (6), asumiendo así que el cuerpo acepta el estatus de entidad, capaz de elaborar su propia gramática discursiva y expresiva emocional y que, de alguna manera, lo que el cuerpo dice/expresa no dice nada mejor.

6.3 Las dimensiones de la competencia emocional: términos operativos

Autoconocimiento

Es la primera dimensión y surge de una autoconciencia corpórea, producida a partir de un diálogo fluido entre el cuerpo y los sistemas somatosensoriales, donde se construyen y reconstruyen mapas mentales en una inmediatez total y progresiva. De hecho, la esencia de nuestra conciencia es el cuerpo cartografiado en el cerebro, en la totalidad de las estructuras corporales en funcionamiento o no, con una precisión total y absoluta.

Este proceso, basado en la expresión de Damásio (6) “...cartografiando el cuerpo de forma integrada, el cerebro consigue crear el componente crucial de lo que será el yo”,(6) y, por lo tanto, consigue un yo actual y dinámico, actualizado a través de redes de señales químicas y neuronales, donde brazos y piernas, vísceras y redes vasculares son cartografiados completa y detalladamente (posturas, movimientos, presión sanguínea, pH sanguíneo, tensión arterial, irrigación víscera hueca, hemodinámica, puntos de estasis, secreciones endocrinas y exocrinas, etc...) en sus respectivos cambios en cada momento.

Todo y, sobre todo, cuerpo y cerebro intercambian diálogos y “... el cerebro es capaz de hacer algo más que cartografiar estados que están ocurriendo (...), puede transformar estados corporales, simular estados corporales que aún no han ocurrido...” (6). En resumen, el cuerpo le dice al cerebro: “así es

como estoy constituido y este es el estado en el que me encuentro ahora” (6) y el cerebro, que incluso recibe orientaciones cualitativas sobre los “estados del cuerpo”, guía al cuerpo en las funciones que debe mantener en el sentido de la homeostasis y siempre que se le solicita “... el cerebro le dicta al cuerpo cómo crear un estado emocional” (6). Así, desde el punto de vista de la operacionalización, el concepto de autoconciencia se refiere al escrutinio y reconocimiento, en la conciencia, de cualquier cambio en estos estados corporales, desencadenado a partir de un detonador emocional o tomando esta activación (excitación) a causa de un estímulo emocionalmente competente al sujeto.

Gestión emocional

Esta dimensión, en el concepto de la competencia emocional, ha sido objeto de crecientes estudios y, por tanto, de sucesivos cambios en su definición y conceptualización. Desde principios de este siglo con Damásio (2000) (6), y algunas nuevas perspectivas para la comprensión de cómo el cuerpo integra y gestiona los estados emocionales corporales (2010) (11), hasta los resultados de investigaciones recientes, concretamente la presentada por Myruski et al. (2022) (7), quienes explican de manera inequívoca que la característica clave de la regulación de la emoción adaptativa es la capacidad de gestionar el comportamiento durante una serie de desafíos emocionales.

Otra literatura (Gross, 2015) (8) y otras investigaciones también presentan, por ejemplo, la gestión de la frustración y el retraso de la gratificación, como desafíos regulatorios comunes en la infancia (pero que también pueden darse en la edad adulta). Estos desafíos pueden darse a lo largo de la vida en las personas en general y en los niños en particular, influyendo en nuestro uso de conductas adaptativas o desadaptativas de regulación emocional durante dichos desafíos. Así, autores recientes cuando asumen la regulación emocional, asumen la regulación del comportamiento en la experiencia de excitación de una emoción.

Partiendo de esta suposición y de publicaciones actuales, esta dimensión parte del reconocimiento de que el acto de la “gestión” no se refiere a la emoción, como *excitación* o como *activación* autonómica, sino y solamente al comportamiento resultante de esta activación. Es importante aclarar que las emociones básicas, *jamesianas*, de un acontecimiento repentino y/o inconsciente no se consideran, a

priori, un objeto que se pueda gestionar. Incluso en su excitación tardía, después de reconocer y cartografiar este estado corporal a nivel somatosensorial, no se considera exactamente gestionable a nivel conductual de forma espontánea.

Cuando hablamos de gestión emocional, lo que aquí se asume es la gestión (escrutinio y reconocimiento de señales y modificaciones corporales y la consecuente interacción del sujeto, conscientemente, sobre este proceso) del componente conductual de las emociones secundarias y/o sociales (7), y/o de cualquier tipo de sentimientos emocionales expresados sobre estados emocionales corporales emergentes de un estímulo emocionalmente competente.

La interacción del sujeto con su propia observación de la ocurrencia emocional (o sentimiento emocional) en el sentido de sus objetivos, sin supresión ni pérdida de la homeostasis, de su medio interno, ni del contexto externo, se considera aquí gestión de las emociones. Es importante aclarar que la llamada regulación de las emociones (autorregulación) y la flexibilidad cognitiva (Decety y Jackson, 2004)(9), surgen de la autoconciencia y la conciencia del otro que se desarrollan simultáneamente en los años preescolares y juegan un papel importante en esta dimensión.

Es pertinente presentar la percepción de Langeslag y Surti (2017) (10), defendiendo que podemos controlar nuestras emociones hasta cierto punto. Pero, estos autores también argumentan que la regulación de las emociones es el uso de estrategias conductuales o cognitivas para generar nuevas emociones o para aumentar o disminuir la intensidad de las emociones actuales (10).

En las publicaciones científicas podemos encontrar algunas aproximaciones a las estrategias de regulación múltiple, entre las que se incluyen, por ejemplo, la distracción y o la reevaluación cognitiva. La distracción implica pensar en algo no relacionado y la reevaluación implica cambiar el significado de una situación reinterpretándola (10). La reinterpretación de la situación puede hacerse, por ejemplo, cambiando la relevancia personal, lo que se ha denominado reevaluación centrada en uno mismo, o imaginando resultados mejores o peores, lo que se ha denominado reevaluación centrada en la situación (9).

Langeslag y Surti (10) aconsejan reflexionar sobre el hecho de que se ha propuesto que la eficacia del reevaluación para subir y bajar la regulación de las emociones puede variar dependiendo de la intensidad de la emoción. No obstante, esto aún no ha sido probado sistemáticamente, sugiriendo que la investigación debe continuar y se deben presentar los resultados. Ochsner y Gross (2008) (11) presentan el concepto y la habilidad de la regulación cognitiva de la emoción como una especie de percepción de la neurociencia cognitiva social y afectiva que podemos aprender y comprender.

Automotivación

En este contexto operacional, el concepto de motivación se integra en el sentido de “inconsciencia genómica” (12) y, en palabras de Damásio, se trata de “...una serie de comportamientos que pueden parecer decididos por la cognición consciente, pero que son impulsados por componentes no conscientes” (12). Para situar este constructo en el nivel de las estructuras cerebrales, el autor explica que serán “bases inconscientes del comportamiento, en el ámbito del instinto, de los comportamientos automáticos, de los impulsos y de las motivaciones” (12).

En términos de definición, se supondría que el concepto de automotivación se relaciona con el reconocimiento de los elementos básicos de la energía que desencadena o “mueve” una determinada actitud o la búsqueda de un determinado comportamiento (autotélico o exotélico) y cómo se reconocen estos dos puntos límite en la persona. Pero no solo eso, también pretendemos evaluar qué límites y diferencias percibe la persona, entre (1) la asunción de una actitud frontal y permanente, (2) la repetición obstinada, (3) el cambio de rumbo sin sentimiento de pérdida o daño, (4) la procrastinación o la laxitud.

Empatía

Se parte del concepto y la función de las “neuronas espejo” (6), (12) para acceder a la habilidad de generar fenómenos “como si” estuvieran en el cuerpo, para comprender y defender el componente cognitivo de la empatía, que se caracteriza por la capacidad de inferir con precisión los sentimientos y pensamientos de otra persona sin experimentar necesariamente los mismos sentimientos que esa

persona.

Este punto es de la mayor importancia. Tal perspectiva implica neutralidad e imparcialidad de quien empatiza, lo cual se ha denominado toma de perspectiva (Davis, 1983 (13) e Ickes, 1997(14)) y es un fenómeno que ya se había identificado, cuando existe una interrelación dinámica (Decety y Jackson, 2004 (15) entre el “yo” (autoconciencia) y el “otro” (conciencia del otro). La capacidad de representar e informar de los propios estados mentales es lo que permitirá el conocimiento inferencial del estado mental de los demás.

Se supone que la empatía en los seres humanos es una actitud innata con cuatro dimensiones y, en su reciente publicación, Hoffman (2000) (16) corroboró que el componente cognitivo nos permite comprender lo que Damásio (2010) (12) ya había presentado “...las acciones de los demás, al ponernos en un estado corporal comparable, (...) cuando vemos la acción de otra persona, nuestro cerebro somatosensorial adopta el estado corporal que asumiríamos si nos estuviéramos emocionando...” (12), aclarando con alguna especificidad que es “...la conexión que establecemos entre nuestros estados corporales y el significado que ellos asumen para nosotros, lo que puede transferirse a los estados corporales simulados de otros (...), asignando un significado comparable a la simulación.” (12).

La dimensión afectiva se refiere a la comprensión cognitiva de los sentimientos y emociones de los demás. Esto posteriormente nos permite sentir empatía en lo más profundo del ser debido a las emociones asociadas a algo, por lo que es posible interiorizar y experimentar personalmente el sufrimiento ajeno. La dimensión motivacional es el fenómeno de generación de motivación empática altruista e interpersonal (sentimientos de compasión por los demás) que observamos o reconocemos. La dimensión prosocial se refiere a cómo esta compasión nos anima a ser proactivos, emprendiendo acciones prosociales o éticas en defensa o a favor de algo o alguien.

En una investigación reciente, Decety y Jackson (2004) (15) presentaron estudios que demostraban que solo una parte de la red que mediaba en las experiencias de dolor (incluyendo el córtex cingulado anterior y la ínsula) se comparte cuando se empatiza o se evalúa el dolor en otros. Y, más importante aún, los autores defendieron que:

...la empatía (tal y como conocemos el concepto) también requiere una regulación de las emociones para la que el córtex prefrontal ventral, con sus fuertes conexiones con el sistema límbico y las áreas prefrontales dorsolateral y medial, desempeñe un papel importante. Una vez más, no suponemos que exista un sistema (o módulo) unitario de empatía en el cerebro. Más bien, consideramos que hay múltiples sistemas disociables implicados en la experiencia de la empatía. Por último, como se ha sugerido anteriormente, la empatía es un proceso motivado que, más a menudo de lo que se cree, se desencadena voluntariamente. Esto convierte a la empatía en una capacidad humana flexible, así como en un método para obtener conocimiento de la comprensión del otro, siendo susceptible de intervención sociocognitiva como, por ejemplo, a través de programas de formación o mejora para apuntar a diversos objetivos (15).

Como vemos, se trata de un concepto más complejo y profundamente interiorizado en la interacción entre las estructuras corporales y cerebrales.

Gestión emocional en grupos

Esta es la dimensión de la competencia emocional que unifica la empatía y la gestión emocional, y que se refiere a la ya mencionada toma de perspectiva “empática”, es decir, al fenómeno ya identificado por Decety y Jackson, (2004) (15). En este caso, se da cuando existe una interrelación dinámica entre el “yo” (autoconciencia) y el “otro” (conciencia del otro). Esta dimensión examina los efectos de la empatía, el contagio emocional y la gestión emocional.

Surge de la empatía plural, en la que se percibe la absorción de las expresiones emocionales de los demás y los respectivos impactos en nosotros mismos, lo cual desencadena emociones y sentimientos emocionales a los que conseguimos dar una respuesta y expresión conductual dentro de una organización intelectual, y que nos mantienen bajo control y que, a su vez, podemos ser capaces de contagiar a los demás.

Estudios anteriores sobre el modelo del proceso de regulación de la emoción de Ickes (1997) (14), han

demostrado que la regulación de la emoción centrada en precedentes genera mejores resultados en comparación con la regulación de la emoción centrada en la respuesta cuando las personas intentan regular sus propios sentimientos.

En su estudio *Interpersonal Emotion Regulation (IER), the Consequences for Brands in Customer Service Interactions*, Reeck y Onuklu (17) parten de estudios que también demuestran beneficios similares en la regulación de la emoción centrada en precedentes cuando se aplica interpersonalmente.

Estos autores no se centran únicamente en las consecuencias de las estrategias que las personas utilizan para gestionar sus propias emociones, sino que examinan las consecuencias de las estrategias que las personas utilizan para gestionar las emociones de los demás. Así, la investigación actual se basa en demostraciones previas de que la regulación interpersonal de las emociones puede mejorar las relaciones entre las personas al demostrar que estos beneficios no solo pueden surgir entre estos interactuantes sociales y personales como con algunos recursos o contextos.

Reeck y Onuklu (17) corroboran los resultados anteriores (16), demostrando que gestionar con éxito las emociones negativas de los demás puede resultar en una mejora de la confianza y en mejores interacciones. Es más, y tomando demostraciones previas (Niven et al., 2012 (18), Bloch et al., 2014 (19)), la regulación interpersonal de las emociones entre personas resulta en un aumento de la confianza y la satisfacción en las relaciones.

Operacionalizar la competencia emocional

La competencia emocional se ha seguido presentando en la literatura de forma similar al concepto de inteligencia emocional, pero cada uno de ellos tiene una perspectiva diferente sobre las capacidades relacionadas con la emoción, diferentes metodologías de desarrollo y aplicación, y diferentes instrumentos de recogida de datos y análisis de resultados.

La literatura revela que, en ocasiones, se aplican descuidadamente como sinónimos (19), provocando confusiones teóricas y metodológicas (19). Recientemente, Pérez-González et al. (1) en un análisis de

trabajos previos, muestran la definición de competencia emocional de Roberton et al. (2014) (20) como “...la capacidad de tratar eficazmente con la información emocional, es decir, con los propios sentimientos y deseos” y argumentan, citando a Davis y Qualter, (2020) (21), que la competencia emocional:

...se ha utilizado como término agregador y como constructo multifacético que engloba habilidades relacionadas con la emoción (por ejemplo, conciencia de la emoción, percepción de la emoción, regulación de la emoción), habilidades disposicionales y cualidades (por ejemplo, autoeficacia emocional), que permiten al individuo funcionar eficazmente en situaciones emocionalmente cargadas. Pérez-González, (1)

En un brevísimo resumen, la competencia emocional, como concepto autónomo, parece haber surgido con los modelos mixtos de inteligencia emocional como los de Goleman y Bar-On, pero en realidad no fue así. Dos autores en diferentes países (Saarni (22, 23) en Estados Unidos y Bisquerra (24, 25) en España) desarrollaron el constructo de competencias emocionales (en plural), más centrado en los contextos de la educación y la formación de jóvenes, con el fin de hacer más comprensible y adaptativa la formación en educación emocional en la educación superior, tal y como defendían algunos autores (Fragoso-Luzuriaga, 2015) (26) para desarrollar la competencia emocional de los estudiantes en esos contextos.

Posteriormente, en Portugal, aparecen los estudios de Veiga-Branco (2004) (27) y (2005) (28) sobre el profesorado, que presentan el concepto de competencia emocional basado en el modelo mixto de inteligencia emocional (Goleman, 1995) (29).

Veiga-Branco (27, 28, 30, 31) estudia la competencia emocional en el contexto del profesorado y las necesidades del proceso de enseñanza-aprendizaje. El autor inicia el trabajo a partir del concepto modificado de la inteligencia emocional (32), modificación que resultó de percibir el valor agregado de la competencia emocional, reflejando lo que el autor explora en *Notas* (32): “... la expresión ‘competencia emocional’ incluye tanto las competencias sociales como las emocionales, aclarando que **“una competencia emocional es una habilidad aprendida, (...) que resulta en un desempeño**

extraordinario en el trabajo” (32). El autor señala que “...Nuestra inteligencia emocional determina nuestro potencial para aprender habilidades prácticas que se basan en cinco elementos: autoconciencia, motivación, autodominio, empatía y talento en las relaciones. Nuestra competencia emocional muestra hasta qué punto traducimos ese potencial en competencias profesionales”.

Así, más adelante (28) el autor distingue este concepto del de la inteligencia emocional, argumentando que “la competencia emocional existe cuando alguien alcanza un nivel de logro deseado” y que este concepto se refiere al *post facto*. Solo puede apreciarse simultáneamente o después de la exhibición de comportamientos y/o actitudes, a través de la observación o de los recuerdos expresados, por sujetos ejecutantes o por observadores.

Partiendo de estos elementos como marco teórico y teniendo como objeto de estudio la exploración, identificación o reconocimiento de un perfil de competencia emocional, el autor crea un instrumento de análisis: la Escala Veiga Branco de Inteligencia Emocional (EVBCIE) (27, 28, 30, 31).

Este instrumento fue posteriormente reformulado a un instrumento con 86 ítems, la Escala Veiga de Competencia Emocional (EVCE), utilizada en estudios y en muestras sucesivos desde 2010 hasta hace dos años. Por ejemplo, en *Perfil de competencia emocional en estudiantes de educación superior* (Veiga-Branco, 2011) (33), en el estudio *Competencia emocional en profesionales de la salud: investigación correlacional y comparativa* (Veiga-Branco et al., 2012) (34) y en el estudio *Competencia emocional en fisioterapeutas de la red nacional de atención continuada integrada* (Afonso et al., 2013) (35) e incluso fuera del ámbito científico sanitario, el estudio desarrollado por Veiga-Branco y Costa, (2015) (36) sobre la competencia emocional de dirigentes políticos portugueses.

Este instrumento de recogida de datos con 86 ítems ha evolucionado sucesivamente hacia su reducción, resultando en una versión reducida, la Escala Veiga de Competencia Emocional (EVCEr33), en su versión original en portugués: *Escala Veiga de Competência Emocional (EVCEr33)*.

Esta versión reducida actual de la escala ya se ha utilizado en algunos estudios, con la respectiva aplicación y estudio estadístico en varias muestras, concretamente en las áreas de salud, educación y

finanzas, así como en el contexto de enfermería en Almeida et al. (2021) (37) e incluso en Moreira et al. (2021) (38), y en dirigentes políticos locales en el estudio de Nogueira et al. (2021) (39). Este material ha tenido sus respectivos estudios estadísticos, considerado la EVCEr33 como un instrumento de medida con capacidad para estudiar el perfil de las competencias emocionales en diferentes áreas.

Entre otros, los perfiles de profesionales de la salud (34, 37, 38) y, recientemente, los resultados de Rodrigues (2017) (40) y de Ferreira (2018) (41) y otros resultados en estudios más recientes, como el estudio de Giehl et al. (2020) (42) y el último de Silva et al. (2023) (43), corroboran algunos valores de las dimensiones de la competencia emocional en contextos de gestión y finanzas.

En cuanto a los resultados, los sucesivos estudios correlacionales con análisis de componentes principales han mostrado el perfil de la competencia emocional a través de las cinco dimensiones: autoconciencia, gestión de las emociones, automotivación, empatía y gestión emocional en grupo. Estas dimensiones pueden correlacionarse de forma diferente entre sí y con la competencia emocional, dependiendo de los contextos de las muestras.

6.4 Medición de la competencia emocional

Para estudiar un fenómeno en principio no mensurable, la metodología de investigación es clara: es necesario transformar el concepto en un fenómeno mensurable, luego el fenómeno en una variable y, por último, operacionalizar la variable a nivel cuantitativo o cualitativo.

Y, llegados a este punto, es importante considerar las dimensiones de la competencia emocional como habilidades en el fonema calidad (de vida), lo cual es reconocido como adjetivo y, por lo tanto, subjetivo como concepto. No obstante, en este contexto es considerado como una variable a ser operacionalizada, con el fin de convertirse en el producto evaluable de un instrumento a ser aplicado.

Esta perspectiva instrumental de la calidad (de vida) tiene que revelar una capacidad apreciativa y de medición de las acciones, actividades y planificación de los dirigentes, ejecutores y evaluadores y de todos los que interactúan e integran el escenario prescriptivo y asistencial de todos los equipos de

salud.

La necesaria transformación de un concepto en constructo, y de un constructo en evidencia-instrumento, es bastante curiosa. De hecho, se trata prácticamente de obtener la medición de la calidad de las acciones a través de lo que se ha identificado como *indicadores de calidad de actuación*. Y serán estos elementos, en su forma más elemental, simplista o no, los que retraten y expresen las señales relacionadas con la estructura, los procesos y los resultados de las acciones preconcebidas en el momento de formular los objetivos, y los que operacionalicen la evaluación concreta que promueve la calidad del “saber ser” en las interacciones de la competencia emocional en la vida.

En cualquier contexto vital (personal, social y laboral) cada una de las variables primarias independientes de la competencia emocional representadas por sus cinco dimensiones puede asumir el estatus de variables de comportamiento y actitud de los cinco conceptos centrales dentro del constructo de la competencia emocional. Estos conceptos reflejan comportamientos a nivel relacional e interrelacional, lo que los convierte en valiosas herramientas para analizar las relaciones cuidador-usuario, alineándose con atributos como la eficacia, la eficiencia, la optimización, la legitimidad, la aceptabilidad y la equidad. Estos atributos, cuando se utilizan y miden de forma aislada o combinada, contribuyen al significado de “calidad en salud” (44), sobre todo en el contexto de los cuidadores profesionales, incluidos enfermeros, médicos, abogados y personal militar.

Sería interesante y pertinente aprovechar los elementos conductuales y actitudinales que conforman la competencia emocional para explorar determinados componentes de la profesionalidad. Estos comportamientos e interacciones son inherentes al logro de una deseable calidad relacional. Por ejemplo, correlacionando las dimensiones de autoconciencia, gestión de las emociones, automotivación, empatía y gestión de las emociones en grupos (colectiva) con las funciones y habilidades requeridas en diversos ámbitos laborales.

Para evaluar si los individuos muestran estos comportamientos en la práctica, basta con revisar los 33 ítems que componen la Escala Veiga de Competencia Emocional y que representan de forma efectiva cada una de las cinco dimensiones. Al hacerlo, los individuos pueden determinar si estos

comportamientos están presentes en sus vidas, tanto si han ocurrido en el pasado como si ocurren en el presente. Esta escala proporciona un repertorio práctico de actitudes y acciones al que los individuos pueden acceder, independientemente del contexto.

Cada camino tiene su historia... ¿Y la historia de la escala EVCE?

El instrumento de recogida de datos que se ha utilizado hasta ahora, la “Escala Veiga de Competencia Emocional (EVCE), (28, 31, 34,45), incluye 86 ítems para operacionalizar las cinco dimensiones de la competencia emocional.

La primera dimensión, la autoconciencia, estaba compuesta por 20 ítems, la dimensión gestión de las emociones estaba compuesta por 19 ítems, la tercera dimensión, la automotivación, la integraban 21 ítems, la cuarta dimensión, la empatía, estaba constituida por 12 ítems y la última y quinta dimensión, que es la gestión de las emociones sociales, estaba constituida por 14 ítems.

Estos ítems están constituidos como variables ordinales y cada uno de ellos fue, a su vez, operacionalizado a través de una escala medida por una escala de frecuencia temporal tipo Likert (de 1 a 7, siendo 1 - “nunca”, 2 - “rara vez”, 3 - “ocasionalmente”, 4 - “habitualmente”, 5 - “a menudo”, 6 - “muy a menudo” y 7 - “siempre”) y pudiendo elegir los participantes la frecuencia con que experimentan las situaciones descritas.

La psicometría del instrumento de recogida de datos, desde el punto de vista del análisis estadístico descriptivo, asume que el punto de corte de la EVCE es 4. Para medir el perfil de la competencia emocional, se tienen en cuenta 3 niveles de EVCE: **nivel bajo**, entre 1 y 3,49; **nivel moderado**, entre 3,50 y 5,45 y **nivel alto**, entre 5,46 y 7.

Por tanto, para obtener el nivel de competencia emocional como constructo global, tendremos que obtener los valores promedios de las medias de las cinco dimensiones. Para obtener el nivel de cada una de las dimensiones tendremos que obtener los valores promedios en cada una de ellas. La escala actual, EVCEr33, como instrumento de recogida de datos y que ya ha sido utilizada, (37, 38, 39, 42, 43)

incluye solamente 33 ítems para operacionalizar las cinco dimensiones de la competencia emocional de este modo:

- La primera dimensión, autoconciencia, se compone en realidad de 8 ítems, uno de los cuales es un ítem invertido.
- La segunda dimensión, gestión de las emociones, está ahora compuesta por 7 ítems, tres de los cuales son invertidos.
- La tercera dimensión, automotivación, está integrada ahora por 7 ítems, dos de los cuales son invertidos.
- La cuarta dimensión, empatía, está compuesta en realidad por 5 ítems, cuatro de los cuales son invertidos.
- La última y quinta dimensión, gestión de las emociones sociales, está integrada por 6 ítems sin invertir.

Por ejemplo, y para entenderlo mejor, en el nivel de la dimensión **gestión de las emociones sociales**, tenemos que obtener los valores medios de esos 6 ítems. Si la media está entre 3,50 y 5,45, podemos suponer que nuestra muestra presenta un **nivel moderado** en **gestión de las emociones sociales**.

Al igual que en el anterior instrumento de recogida de datos, todos los ítems también se constituyen como variables ordinales. Cada uno de ellos también se operacionaliza y mide mediante la misma escala de frecuencia temporal tipo Likert y también se le aplica la misma psicometría.

Por lo tanto, y como ya se ha explicado, el análisis del instrumento de recogida de datos debe tener en cuenta los ítems de configuración normal y los ítems invertidos, que deben ser asumidos de forma inversa entre el total de ítems de la EVCE. Desde el punto de vista del desarrollo del análisis factorial: los ítems relacionados con cada dimensión de la competencia emocional deben ser sometidos al análisis de componentes principales con rotación varimax, cuyo conjunto de factores extraídos agrega un determinado perfil en cada dimensión de la competencia emocional. La escala fue aplicada sucesiva y progresivamente y después de cada uso los resultados fueron sometidos a validación exploratoria del instrumento a través de análisis en componentes principales (ACP). Así, de entrada, para la población

portuguesa (estudios publicados y realizados en Portugal: dos con profesores (27, 28) y tres con enfermeros) Ferreira (2018) (41) estudió a los *Cuidadores oficiales y no oficiales en unidades de atención primaria de salud*, Veiga-Branco y Lopes (2012) (44), analizando los equipos de enfermería en la Red Nacional de Atención Continua. Unos años antes, Agostinho (2008) (45) había estudiado a los auxiliares de enfermería hospitalarios a través del análisis de componentes principales.

En la sucesiva aplicación de la escala, se verificó que los valores de consistencia interna (α Cronbach) obtenidos sucesiva y secuencialmente, asumen la validez del instrumento de recogida de datos y proporcionan un riguroso tratamiento estadístico. Al encontrar un nivel de calidad para los sucesivos perfiles de competencia emocional de muestras sucesivas, y a través del análisis factorial exploratorio, podemos tener una percepción resumida de este perfil.

Los resultados sucesivos y progresivos obtenidos permitieron acceder a la respectiva elaboración de las medias analizadas y de las variables predictoras de la competencia emocional y condujeron al desarrollo de un perfil de competencia emocional.

En los estudios sobre *serious games* y competencia emocional, los cuales analizamos, obtuvimos los resultados mostrados en el texto.

Metodología de análisis de datos

El proceso de análisis de datos se desarrolló en dos fases. La primera fase se centró en la validez, fiabilidad y confirmación de la escala de competencia emocional utilizada en el cuestionario. La segunda fase del análisis de datos tuvo por objeto analizar descriptivamente los resultados obtenidos e identificar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

1ª Fase

En primer lugar, cabe mencionar que se verificaron todos los requisitos metodológicos para llevar a cabo el análisis factorial de la escala de competencia emocional. Todas las variables son métricas

(escala de Likert), todos los factores tienen al menos cinco variables y hay más de cinco observaciones por variable (Hair et al., 2010 (46)).

El análisis confirmatorio se llevó a cabo mediante el análisis de ecuaciones estructurales. El uso del análisis de ecuaciones estructurales permite dar un salto cualitativo de un modelo exploratorio a un modelo confirmatorio, yendo más allá de la estadística clásica.

Otra ventaja de utilizar esta metodología es que el análisis de ecuaciones estructurales permite probar el ajuste global de los modelos y el significativo individual de los parámetros en un marco teórico que incluye varios tipos de modelos lineales.

La fiabilidad interna de las escalas se examinó mediante el análisis del Alfa de Cronbach. El Alfa de Cronbach es una de las medidas más utilizadas para la verificación interna de un grupo de variables (ítems) y puede definirse como la correlación que se espera obtener entre la escala utilizada y otras escalas hipotéticas del mismo universo, con igual número de ítems, que midan la misma característica.

2ª Fase

Además de realizar el análisis descriptivo de las variables mediante tablas de distribución de frecuencias (en el caso de las variables nominales), también se examinaron algunas medidas, como la media, la desviación típica, el mínimo, el máximo y la mediana (en el caso de las variables de naturaleza cuantitativa).

Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la competencia emocional según el sexo y el hecho de ser estudiantes trabajadores, se utilizaron pruebas *t* para dos muestras independientes. Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la competencia emocional según el año de asistencia y los grupos de edad, se utilizaron pruebas ANOVA (análisis de varianza) unidireccionales. Dado que trabajamos con muestras grandes, la hipótesis de normalidad de la población para realizar estas pruebas paramétricas se validó en la mayoría de los cruces invocando el teorema central del límite.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con IBM SPSS Statistics 24.0 e IBM AMOS (Chicago, IL).

Resultados

En primer lugar, se presentan la lista de ítems EVCE-r33 y la correspondiente división por dimensiones:

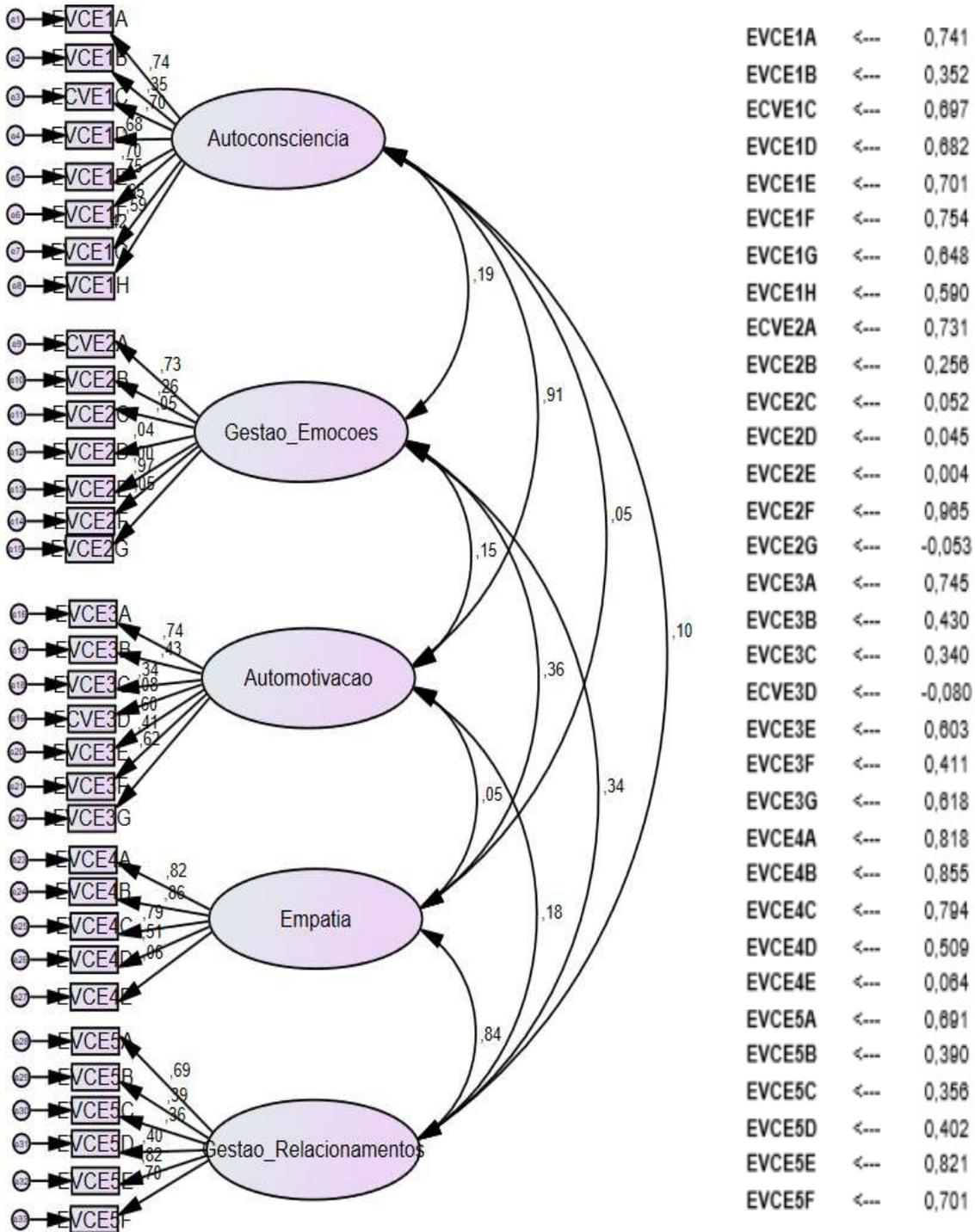
Tabla 1 - Ítems por dimensión (Dim), descripción en el modelo (Descripción del ítem), ítems e ítems inversos

Dim	Descripción	Descripción del ítem	Ítem inverso
Autoconocimiento	EVCE1A	Me dejo absorber por esas emociones. Soy incapaz de escapar de ellas y acaban condicionando mi comportamiento	Sí
	EVCE1B	Tengo una noción exacta del tipo de sentimientos que me invaden. Por ejemplo, sé si se trata de ira, miedo, desprecio, odio, frustración... Puedo definirlos	No
	EVCE1C	Una vez invadido por sentimientos negativos, no puedo controlarlos	Sí
	EVCE1D	Disminuye mi nivel de razonamiento. No puedo concentrarme fácilmente	Sí
	EVCE1E	Mi comportamiento cambia a nivel relacional... Permanezco en silencio, eufórico, enfurruñado, etc.	Sí
	EVCE1F	Me quedo atascado mentalmente en esos sentimientos durante mucho tiempo. Ese sentimiento siempre vuelve...	Sí
	EVCE1G	Soy del tipo inestable, con varios cambios de humor...	Sí
	EVCE1H	Soy del tipo desafortunado, tengo mala suerte en la vida...	Sí
Gestión emocional	EVCE2A	Hice ejercicio físico activo (aeróbico). Invertí mi energía en la actividad	No
	EVCE2B	Razoné. Intenté comprender e identificar lo que me llevaba a la ira. Me pensé mejor toda esa situación...	No
	EVCE2C	Tenía que desahogarme... Tiendo a utilizar objetos, personas o situaciones como blanco de mi ira, incluso aunque después me siento peor conmigo mismo	Sí
	EVCE2D	Vivo en un estado de preocupación crónica por el suceso que me causa rabia... No dejo de pensar sobre las palabras/personas/actitudes que lo causaron	Sí
	EVCE2E	Aparentemente tranquilo... Pensamientos intrusivos y persistentes que me persiguen día y noche...	Sí
	EVCE2F	Siento alivio si practico ejercicio físico o deporte	No
	EVCE2G	Siento alivio si como o bebo	Sí

Automotivación	EVCE3A	Pesimista... (haga lo que haga, saldrá mal)	Sí
	EVCE3B	¡Soy capaz de salir de cualquier apuro!	No
	EVCE3C	Calma en la vida. Estoy completamente absorto en lo que hago, indiferente a lo que me rodea	No
	ECVE3D	Aparentemente tranquilo, hago lo que tengo que hacer... Le doy vueltas en mi cabeza a los pensamientos que se me ocurren	Sí
	EVCE3E	Sin interés... La autocompasión me invade. Me siento "deprimido"	Sí
	EVCE3F	Resentido... El desprecio, el resentimiento me invaden. Corto lazos con los que me rechazan, acepto mal a esa(s) persona(s)	Sí
	EVCE3G	Pienso que todo sale mal como resultado de un defecto personal, eso es lo que soy	Sí
Empatía	EVCE4A	"Grabo"/siento los sentimientos de los demás	No
	EVCE4B	"Leo" los mecanismos no verbales (tono de voz, gestos con las manos, expresión facial, dirección de la mirada, actitud, postura, etc.)	No
	EVCE4C	Me doy cuenta de la consonancia entre las palabras y la actitud corporal de la persona	No
	EVCE4D	Utilizo la calma (conscientemente) para escuchar... Me doy cuenta de que me siento bien escuchando a la gente	No
	EVCE4E	Me vuelvo receptivo a la inestabilidad del otro y desencadeno una actitud inestable. Me siento irritado	Sí
Gestión de las relaciones	EVCE5A	Puedo entender cómo se siente la gente...	No
	EVCE5B	En mis relaciones con los demás, digo claramente lo que pienso, independientemente de la opinión que expresen	No
	EVCE5C	Tengo control sobre mis propios sentimientos	No
	EVCE5D	Puedo captar los sentimientos de los demás y parece que empiezo a absorberlos	No
	EVCE5E	Tengo una sensibilidad innata para reconocer lo que sienten los demás	No
	EVCE5F	Siento la interacción... Me siento físicamente sincronizado con los que me rodean	No

Dada esta información, se obtuvo el siguiente modelo de ecuaciones estructurales con vistas al análisis factorial confirmatorio, tal y como podemos observar en la Figura 5.

Figura 5 – Modelos AMOS: análisis factorial confirmatorio EVCE-r33 (coeficientes normalizados)



Tras especificar y obtener el modelo de medida confirmatorio, examinemos ahora algunos de sus índices empíricos que evalúan la bondad del ajuste del modelo obtenido.

Tras el análisis estadístico considerado a tal efecto, se constató que: prácticamente todos los índices hacen referencia a un modelo con un buen ajuste. Como podemos observar en la Tabla 2, solo el error cuadrático medio con un valor de 0,083 hace referencia a un mal ajuste:]0,5; 0,10[, ya que tiende a penalizar este modelo debido a su complejidad.

Dados estos resultados, se considera que no hay necesidad de cuestionar el modelo y que no debe rechazarse, y se considera la aceptación sin necesidad de refinamientos a través de una estrategia exploratoria para encontrar un modelo que explique mejor los datos observados. Así pues, se cumplen las condiciones para utilizar la escala EVCE-r33 en la muestra.

Tabla 2 – Distribución de los índices absolutos de la evaluación de la calidad del modelo

Índices absolutos	Valor	Diagnóstico
X ² /df		Buen ajuste: ≤ 2-3
Media cuadrática residual		Más cerca de 0 que de 1. Modelo bien valorado
GFI ajustado		Buen ajuste:]0.6; 0.8[
Error cuadrático medio de aproximación		Mal ajuste:]0.5; 0.10[

Como podemos observar en la Tabla 3, los principales rasgos caracterizadores de la muestra de 241 estudiantes de enfermería presentan las variables sociodemográficas, donde podemos observar que los estudiantes presentan edades con una media de 20,48 años, (desviación típica de 4,18 años), con un máximo de 25 años y un mínimo de 17 años, teniendo la gran mayoría de los encuestados (82,6 %) un máximo de 21 años. Podemos verificar que la mayoría (n=215; 89,2 %) son estudiantes mujeres y 151 (62,5 %) cursan el primer y segundo año académico, 73 estudiantes (30,3 %) están en el primer curso y 78 estudiantes (32,4 %) en el segundo curso. A la pregunta de si eran estudiantes trabajadores, solo 30 (12,4 %) de los encuestados respondieron afirmativamente, por lo que una minoría de los estudiantes que componían esta muestra eran estudiantes trabajadores.

Tabla 3 – Distribución de los valores absolutos y relativos de las variables sociodemográficas de la muestra

	n	%
Sexo		
Mujer	215	89,2
Hombre	24	10,0
Otros	2	0,8
Categorías de edad		
Hasta 21 años	199	82,6
Más de 21 años	42	17,4
Curso		
1.º	73	30,3
2.º	78	32,4
3.º	61	25,3
4.º	29	12,0
Estudiante trabajador		
No	211	87,6
Sí	30	12,4

Edad: $X=20,48$ años (ds 4,18); mín: 17; máx: 25

σ (sigma) - desviación estándar

El análisis descriptivo de las cinco dimensiones en estudio presenta, en la Tabla 4, que los resultados de fiabilidad fueron satisfactorios en casi todas las dimensiones. Solamente la dimensión de gestión emocional presenta un valor de Alfa de Cronbach inferior al valor aceptable ($0,498 < 0,600$).

Por término medio, la dimensión de competencia emocional con mayor expresión en la muestra es empatía (media de 5,02 y desviación típica de 0,81). En el lado opuesto se encuentra la dimensión automotivación con un valor medio de 4,27 (desviación típica de 0,71).

Considerando la psicometría del instrumento de recogida de datos para medir el perfil de competencia emocional, en los 3 niveles de competencia emocional considerados se observa el nivel bajo, entre 1 y 3,49, el nivel moderado entre 3,50 y 5,45 y el nivel alto entre 5,46 y 7.

Al analizar la Tabla 4, se observa que los estudiantes de la muestra presentan un nivel de eficacia moderado, tanto en cada una de las dimensiones como en la competencia emocional general, ya que todos los respectivos valores medios se sitúan entre 3,50 y 5,45.

Sin embargo, parece que hay una parte de la muestra que presenta un nivel bajo de eficacia en cualquiera de las dimensiones con valores mínimos entre 2,13 ($ds=0,91$) para autoconciencia y 2,14 para gestión emocional ($ds=0,75$), automotivación ($ds=0,71$) y gestión de las relaciones ($X=2,33$; $ds=0,79$). Por el contrario, también parece que algunos de los estudiantes presentan un alto nivel de eficacia en cuanto a las cinco dimensiones, ya que encontramos valores máximos el nivel alto de ($X=7,00$) referentes a autoconciencia ($ds=0,91$), empatía ($ds=0,71$) y gestión emocional de las relaciones ($ds=0,79$).

El nivel más alto encontrado fue el de la empatía, con una media de 5,02. Esto indica que los estudiantes presentan un nivel moderado en esta dimensión, con un valor de Cronbach ($\alpha =0,743$) que indica que existe un buen nivel de consistencia interna entre los ítems.

El valor medio más bajo ($X=4,33$) de la muestra indica un nivel moderado en gestión de las relaciones, pero el valor mínimo (2,33) indica igualmente que una parte de los estudiantes se encuentra en un nivel bajo en esa dimensión.

Tabla 4 – Valores del análisis descriptivo de las dimensiones de la EVCE-r33 y la competencia emocional general

	Sin ítems	α	Min	Max	x	σ
Autoconocimiento	8	0,851	2,13	7,00	4,41	0,91
Gestión emocional	7	0,498	2,14	6,57	4,51	0,75
Automotivación	7	0,602	2,14	6,14	4,27	0,71
Empatía	5	0,743	3,00	7,00	5,02	0,81
Gestión de las relaciones	6	0,729	2,33	7,00	4,33	0,79
Competencia emocional general	33	0,865	3,27	6,36	4,48	0,57

σ (sigma) sd -Standard Deviation; α - α de Cronbach

En el global de la muestra, podemos verificar una competencia emocional general moderada de perfil femenino ($X=4,47$, $ds=0,55$) y perfil masculino ($X=4,65$, $ds=0,66$), y sin diferencias estadísticamente significativas entre ($p=0,148$) los géneros de la muestra. El perfil masculino es más alto debido a que el perfil de gestión emocional es significativamente más alto.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión autoconciencia en función del género, presentando los encuestados masculinos una media significativamente superior ($X=4,84$, $ds=1,06$) y ($p<0,05$), diferente de la muestra femenina con una media de $4,38$ ($ds=0,88$). Próximo a la significación estadística ($p=0,057$) se encuentra también el valor medio más elevado de los encuestados en la dimensión de gestión emocional, y de estudiantes mujeres con $4,49$ ($ds=0,75$).

Por el contrario, pero sin diferencias estadísticamente significativas, la muestra femenina presenta mayor media en la dimensión de la empatía ($X=5,05$; $ds=0,81$) y $p<0,145$ y en la dimensión de la gestión de las relaciones con una media de $4,36$ ($ds=0,78$), siendo respectivamente menores los valores de la muestra masculina con una media de $4,80$ ($ds=0,82$) en la dimensión de la empatía y la gestión de las relaciones con una media de $4,24$ ($ds=0,84$), ambas en el perfil moderado.

Tabla 5 – Valores de la media y la desviación estándar (ds) de las cinco dimensiones de la EVCE-r33 según el sexo

	Mujer		Hombre		<i>p</i>
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Autoconocimiento	4,38	0,88	4,84	1,06	<0,05
Gestión emocional	4,49	0,75	4,80	0,76	0,57
Automotivación	4,25	0,69	4,52	0,77	0,73
Empatía	5,05	0,81	4,80	0,82	0,45
Gestión de las relaciones	4,36	0,78	4,24	0,84	0,84
Competencia emocional general	4,47	0,55	4,65	0,66	0,48

σ (sigma) ds - desviación estándar

Observando la Tabla 6, podemos ver que ambos grupos (estudiantes de hasta 21 años y mayores de 21

años) presentan el perfil más alto en la dimensión de la empatía, con los jóvenes con una media de 5,06 ($ds=0,80$) y los otros con una media de 4,82 ($ds=0,88$). Podemos observar que en esta diferencia los encuestados de hasta 21 años tienen una media significativamente más alta en la dimensión relacionada con la empatía.

El perfil más bajo de los dos grupos de estudiantes (hasta y mayores de 21 años) se encuentra en la gestión de las relaciones con una media de 4,37 ($ds=0,79$) y 4,17 ($ds=0,76$) respectivamente, sin significación estadística ($p=0,130$).

Tabla 6 – Valores de la media y la desviación estándar (ds) de las cinco dimensiones de la EVCE-r33 según las categorías de edad

	Hasta 21 años		Más de 21 años		<i>p</i>
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Autoconocimiento	4,39	0,91	4,53	0,91	0,351
Gestión emocional	4,53	0,76	4,43	0,75	0,409
Automotivación	4,25	0,72	4,38	0,64	0,284
Empatía	5,06	0,80	4,82	0,88	<0,05
Gestión de las relaciones	4,37	0,79	4,17	0,76	0,130
Competencia emocional general	4,49	0,56	4,45	0,61	0,734

σ (sigma) ds - desviación estándar

En la Tabla 7, se observa que el perfil más alto se encuentra en la dimensión de la empatía para ambos grupos, con una media de 5,04 ($ds=0,80$) para el grupo de estudiantes no trabajadores, mientras que para el grupo de estudiantes trabajadores el valor es de 4,90 ($ds=0,94$). Por el contrario, el perfil más bajo se encuentra en la dimensión de la automotivación ($X=4,26$; $ds=0,72$) para el grupo de estudiantes no trabajadores. Para el grupo de estudiantes trabajadores, el perfil más bajo se encuentra en la dimensión de la autoconciencia ($X=4,35$; $ds=0,95$).

No obstante, podemos observar que no hay diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la EVCE-r33 en función de ser estudiante trabajador o no.

Todas las dimensiones, así como la competencia emocional general, presentan valores medios que expresan un perfil moderado para ambos grupos: estudiantes no trabajadores con una media de 4,48 (ds=0,56) y estudiantes trabajadores con una media de 4,46 (ds=0,61).

Tabla 7 – Valores de la media y la desviación estándar (ds) de las cinco dimensiones de la EVCE-r33 en función del estudiante trabajador o no

	Estudiante no trabajador		Estudiante trabajador		<i>p</i>
	Media	σ	Media	σ	
Autoconocimiento	4,42	0,91	4,35	0,95	0,680
Gestión emocional	4,53	0,74	4,40	0,86	0,363
Automotivación	4,26	0,72	4,37	0,63	0,408
Empatía	5,04	0,80	4,90	0,94	0,457
Gestión de las relaciones	4,32	0,76	4,42	0,99	0,517
Competencia emocional general	4,48	0,56	4,46	0,61	0,827

σ (sigma) ds - desviación estándar

Como podemos observar en la Tabla 8, los estudiantes de todos los cursos de aprendizaje en enfermería tienen los valores medios más altos en la dimensión de la empatía. Los valores más altos entre estos grupos son los de 3^{er} (X=5,09; ds=0,87) y 1^{er} curso (X=5,02; ds=0,85). Por el contrario, parece que la dimensión con medias más bajas es la automotivación, concretamente para los estudiantes de 1^{er} (X=4,21; ds=0,77) y 2.º curso (x=4,29; ds=0,73). Mientras, la gestión de las relaciones presenta también las medias más bajas en los estudiantes de 2.º (X=4,29; ds=0,76) y 4.º (X=4,33; ds=0,75) curso.

La competencia emocional general, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p= 0,599), presenta valores en todos los cursos por encima del punto de corte, dándose los valores más bajos en 2.º curso (4,44, ds=0,52) y los más altos entre los estudiantes de 4.º curso (X=4,58, ds=0,53).

Considerando los valores de las desviaciones típicas, las variables que representan cada una de las dimensiones de la competencia emocional presentan una distribución normal. No existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la EVCE-r33 en función del año que cursa el

estudiante de enfermería.

Tabla 8 – Valores de la media (X) y la desviación estándar (δ) relativas a las cinco dimensiones de la EVCE-r33 en función del curso académico de la muestra que se esté cursando

Dimensiones de competencia emocional	1.º		2.º		3.º		4.º		p
	x	σ	x	σ	x	σ	x	σ	
Autoconocimiento	4,42	0,97	4,32	0,85	4,36	0,96	4,74	0,74	0,198
Gestión emocional	4,46	0,86	4,47	0,66	4,62	0,77	4,56	0,66	0,576
Automotivación	4,21	0,77	4,29	0,73	4,28	0,66	4,36	0,57	0,784
Empatía	5,02	0,85	4,98	0,74	5,09	0,87	4,98	0,84	0,859
Gestión de las relaciones	4,30	0,82	4,29	0,76	4,43	0,83	4,33	0,75	0,735
Competencia emocional general	4,45	0,64	4,44	0,52	4,52	0,57	4,58	0,53	0,599

σ (sigma) ds - desviación estándar; X-media

Para una breve conclusión y en lo que respecta al análisis estadístico, parece que las variables objeto de estudio presentan una distribución normal, y que la mayoría de ellas no presentan un poder de diferenciación estadística significativo en relación con los valores de los perfiles encontrados. Las cinco dimensiones de la EVCEr33 presentan un perfil moderado, al igual que la competencia emocional general.

Cada una de estas dimensiones puede aprenderse, reforzarse

Hay dos ejercicios metacognitivos muy breves en el ámbito conceptual-laboral de la atención sanitaria que es necesario abordar, aunque sea fugazmente. El primero es que no es cierto que los únicos contextos emocionalmente desafiantes sean aquellos en los que el personal sanitario se enfrenta a decisiones de vida o muerte. Especialmente, porque ni siquiera en estos contextos están completamente solos. La segunda es que urge deconstruir la idea de que la formación tradicional es suficiente. Es más, es importante añadir que es absolutamente saludable y evolutivo, para cualquier ámbito profesional, ampliar las respectivas áreas de ejercicio y formación, y que esta es precisamente una ventana expresiva del estado de la cuestión de los cuidadores en general y del desarrollo de la

enfermería en particular. Y la formación previa completada no puede ni debe ser nunca suficiente para el tejido humano de ninguna profesión. Si la formación es previa, hace justicia y concierne a una realidad eventualmente actual y emergente, pero que nunca es estática ni inmutable. Y esto es así no solo para los profesionales... Los usuarios, los pacientes e incluso los familiares, consumen actualmente más cultura e información. Por tanto, en su condición de ciudadanos, aprenden a descubrir derechos, entre ellos el derecho a la calidad. Y así, tienden a exigir progresivamente más y mejor calidad asistencial. Estos ciudadanos priorizan los detalles, dominan los lenguajes expresivos de esta cualidad, añadiendo al componente técnico instrumental ejecutorio, el componente atencional y relacional para sentirse terapéutico.

Y los estudios han demostrado que, a menudo, los profesionales de la salud en general, y los auxiliares de enfermería en particular, sin formación o con formación insuficiente en competencias emocionales y habilidades de comunicación intra e interpersonal (es decir, en la expresión de competencias específicas en el área de enfermería relacionadas con una persona en situación crítica, (38, 40, 44)), experimentan mayores y más evidentes niveles de estrés y agotamiento emocional cuando intentan controlar sus propias emociones y las de los demás (47, 48, 49, 40, 51) en diferentes contextos de la enfermería, desde el área prehospitalaria hasta las unidades de cuidados intensivos.

Queda por mencionar, como ya se ha tratado anteriormente, que las unidades de criterios relacionadas con las competencias específicas son explícitas en lo que respecta a las interacciones que construyen y promueven la relación terapéutica, y cómo todas las actividades/acciones ejecutivas, partiendo de las decisiones hasta la implementación de planes en entornos estresantes, requieren buenos niveles de autoconciencia emocional y gestión emocional, sin olvidar la automotivación. Considerando los perfiles ya estudiados en enfermería, se verificó su poder predictivo para la competencia emocional en auxiliares de enfermería (37).

Sin embargo, aún queda mucho por estudiar y comprender sobre cómo podemos reforzar las habilidades y dimensiones que constituyen la competencia emocional. Para ello, es esencial seguir ofreciendo a todos formación específica en educación emocional que desarrolle en todos los seres humanos este tipo de habilidades blandas, consideradas esenciales para las interacciones relacionales en el tejido

profesional de los contextos sanitarios.

REFERENCIAS

1. Pérez-González, J. C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M. C. y Piqueras, J. A. (2020). Educación emocional en la educación para la salud: cuestión de salud pública. *Clínica y Salud*, 31(3), 127-136. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a7>
2. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, M A.R. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. *Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem*, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
3. Carício, M.R., Sousa MF, Alvarenga, J.P., Costa, L.D., Leandro, S.S., Jesus, E.A., Mendonça, A.V.M. (2021). A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da Enfermagem?. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):15-21. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5212
4. Donabedian, A. (2003) An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press*, Oxford.
5. Stanojlović, O., Šutulović, N., Hrnčić, D., Mladenović, D., Rašić-Marković, A., Radunović, N., & Vesković, M. (2021). Neural pathways underlying the interplay between emotional experience and behaviour, from old theories to modern insight. *Archives of Biological Sciences*, 73(3), 361–370. <https://doi.org/10.2298/ABS210510029S>
6. Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência. Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo. Companhia das Letras. Ed. Schwarcz Lda.
7. Myruski, S. & Dennis-Tiway, T. A. (2022). Observed parental spontaneous scaffolding predicts neurocognitive signatures of child emotion regulation, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 177, Pages 111-121, <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.05.004> .
8. Gross (2015). Emotion regulation: current status and future prospects, *Psychol. Inquiry* 26(1), 1–26. <http://doi.org/10.1254/fpj.151.21>
9. Decety & Jackson, (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioural and Cognitive Neuroscience Reviews*, Volume 3 Nr 2, Pages 71-100, <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
10. Langeslag, J.E. and Surti, K. (2017). The effect of arousal on regulation of negative emotions using cognitive reappraisal: An ERP study. *International Journal of Psychophysiology* 118 (2017) 18–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.05.012>
11. Ochsner, K. N, Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 17(2), 153-158. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
12. Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do cérebro consciente*. Temas e Debates.
13. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

14. Ickes, W. J. (Ed.). (1997). *Empathic accuracy*. The Guilford Press.
15. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioural and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
16. Hoffman, M. (2000). Implications for Socialization and Moral Education. In *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice* (pp. 287-298). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851.013>
17. Reeck C. and Onuklu N.N.Y. (2022) Interpersonal Emotion Regulation: Consequences for Brands in Customer Service Interactions. *Front. Psychol.* 13:872670. <http://doi: 10.3389/fpsyg.2022.872670>
18. Niven, K., Macdonald, I. and Holman, D. (2012). You spin me right round: cross-relationship variability interpersonal emotion regulation. *Front. Psychol.*, Sec. Emotion Science, Vol 3 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00394>
19. Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion* (Washington, D.C.), 14(1), 130–144. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
20. Robertson, T., Daffern, M. & Bucks R. S. (2014) Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders, *Psychology, Crime & Law*, 20:10, 933-954, DOI: 10.1080/1068316X.2014.893333
21. Davis, S. K., and Qualter, P. (2020). Emotional competence. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, eds S. Hupp and J. Jewell (Wiley). <https://doi: 10.1002/9781119171492.wecad>
22. Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Guilford Pres.
23. Saarni, C. (2000). Emotional Competence: The social Construction of the Concept. In R. Bar-on & J. Parker. (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence*. Jossey-Bass.
24. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa* (RIE), 21 (1), 7-4.
25. Bisquerra, R., Perez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, (10), 61-82.
26. Fragozo-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6, 16, 110-125
27. Veiga-Branco, M.A.R. (2004). *Competência emocional*. Quarteto. <http://hdl.handle.net/10198/5463>
28. Veiga-Branco, M.A.R. (2005). *Competência Emocional em Professores. Um discurso do campo educativo. Tese Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.* (FPCEUP). <http://hdl.handle.net/10198/5311>
29. Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books, Inc.
30. Veiga-Branco, M.A.R. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In (Coord.) Candeias, A. A., Almeida, L. S. (2007). *Inteligência Humana. Investigação e aplicações*. Quarteto. 361-379. <http://hdl.handle.net/10198/5278>
31. Veiga-Branco, M.A.R. (2009). Escala Veiga Branco das capacidades da inteligência emocional (EVBCIE): partes I e III. In Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Novembro. 162-164. <http://hdl.handle.net/10198/5283>
32. Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
33. Veiga-Branco, M.A.R., Antão, C., Ribeiro, I., Vaz, j., Ferro-Lebres, V. (2011). Emotional competence

profile in a higher education students sample. In III International Congress of Emotional Intelligence: book of abstracts. Opatija <http://hdl.handle.net/10198/6916>

34. Veiga-Branco, M.A.R., Afonso, J., Caetano, I. (2012). Emotional competence in healthcare professionals: correlational and comparative research. in IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: *Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. Porto. s57-s57 <http://hdl.handle.net/10198/8392>
35. Afonso, J., Fernandes, A. & Veiga-Branco, M.A.R. (2013). Competência emocional (CE) nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). In VI Jornadas de Tecnologias da Saúde. Guarda
36. Veiga-Branco, M.A.R. & Costa, V. (2015). As competências emocionais nos decisores políticos portugueses. In (Ed.) Celeste Simões, C., Evans, K., e Lebre, P. (2015). *Book of Abstracts. 5th ENSEC Conference. Social Emotional learning and Culture*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa. P. 78.
37. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, A. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. *Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem*, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
38. Moreira, D., Laranjeira, C., Gomes, L.G. (2021). A Competência Emocional do Enfermeiro e a Comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental. *Instituto Politécnico de Leiria, IPL - Dissertações de Mestrado*. Leiria. In press.
39. Nogueira, S., Veiga-Branco, M.A.R. & Monte, A.P. (2021). Competência Emocional em decisores autárquicos. Comunicação em Seminário: Inteligência Emocional – da visão científica à aplicação prática. 1ª Jornadas da Associação Portuguesa de Inteligência Emocional (APIE). 6 novembro, 2021. Evento on-line.
40. Rodrigues, P.A.R. (2017). Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos*. IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14784>.
41. Ferreira, C. (2018). Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais. Mestrado em Cuidados Continuados ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. IPB
42. Giehl, B., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2020). *Relationship between investor's profile and the level of emotional competence*. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos. <http://hdl.handle.net/10198/23233>
43. Silva, A.M.G., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2023). Perfil dos Empresários do Distrito de Bragança e Competência Emocional – estudo correlacional. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos.

44. Veiga-Branco, M.A.R., Lopes, T. (2012). Nursing emotional competence profile: exploratory study in continued care national network. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: *Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. s82-s82 <http://hdl.handle.net/10198/8390>
45. Agostinho, L. M. C. F. (2008). Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos. *Universidade de Aveiro* (Portugal).
46. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York.
47. Paiva, J. D. M., Cordeiro, J. J., Silva, K. K. M. D., Azevedo, G. S. D., Bastos, R. A. A., Bezerra, C. M. B., ... & Martino, M. M. F. D. (2019). Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 483-490.
48. Martins P., S., Fonseca, A. M., & Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
49. Nobre, D.F.R., Rabiais, I.C.M., Ribeiro, P.C.P.S.V., Seabra, P.R.C. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1457-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
50. Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Passos, J. P., da Silva Gonçalves, R. C., Cruz, V. V., Bittencourt, L. P., Paiva, A.P.D.L. & de Figueiredo, N. M. A. (2020). Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Research, Society and Development*, 9(7), e940975265-e940975265.
51. Souza, J.D., Pessoa J.J.M., Miranda F.A.N. (2017). Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Rev Enferm Ref.* IV(12):107–16. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16064>

CAPÍTULO 7

La realidad virtual en la formación competencia emocional

Autores: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

7.1 La realidad virtual

Con la modernización y el avance de la asistencia sanitaria y los entornos clínicos, y simultáneamente un rápido crecimiento y evolución de la informática y la tecnología, también ha crecido la demanda de una formación de enfermería clínica segura y eficiente. Existen oportunidades crecientes para modernizar la educación sanitaria con programas diseñados para satisfacer las expectativas y necesidades de la generación digital, debido a los avances tecnológicos y su asequibilidad (King et al., 2018). Como resultado, la realidad virtual se ha hecho cada vez más popular y se ha integrado en los planes de estudio de enfermería profesional con la promesa de revolucionar la formación de enfermería, agilizando los procedimientos de enseñanza y aprendizaje, y ofreciendo un enfoque fresco e interesante para la formación de auxiliares de enfermería (Park, Kim y Kim, 2020). De hecho, la realidad virtual se puede utilizar como recurso pedagógico para la formación de todos los profesionales sanitarios (Ferrandini Price et al., 2018).

La realidad virtual genera escenas visuales y auditivas en 4D por las que se puede navegar e interactuar (Vince, 2004). Aunque no está claro cuándo se introdujo por primera vez la tecnología de realidad virtual en la enseñanza de la enfermería, Ivan Sutherland ha utilizado e investigado la simulación y las tecnologías informáticas como herramienta de enseñanza desde finales de la década de 1960, y se cree que Jaron Lanier acuñó por primera vez el término realidad virtual en 1987 (Arvind Mallik, 2018).

Utilizando un casco que cubre los ojos del usuario y muestra un entorno virtual, junto con controladores de mano u otros dispositivos de entrada para interactuar con dicho entorno, un usuario se sumerge completamente en una experiencia de realidad virtual (Bailenson y Yee, 2007), eliminando

la interacción con el mundo real (Azuma, 1997; Mills et al., 2022; Vince, 2004). Con esta herramienta, los usuarios pueden interactuar con objetos y escenarios digitales como si fueran reales a través de una simulación generada por ordenador (Riva, Wiederhold y Wiederhold, 2016). Las tecnologías de realidad virtual permiten una nueva extensión perceptiva, una construcción creativa y una implicación social única (Bricken y Byrne, 1993).

7.2 La realidad virtual en la formación de enfermería

La realidad virtual se ha empleado en la formación de enfermería, mejorando los métodos de enseñanza y aprendizaje, lo que ayuda en el desarrollo de las habilidades de los estudiantes de enfermería, la generación de confianza y la preparación para la práctica clínica (Chen et al., 2020; Biyik Bayram y Caliskan, 2022). Además, se ha demostrado que la tecnología de realidad virtual mejora el pensamiento crítico y la capacidad de resolución de problemas de los estudiantes, ya que pueden practicar y aplicar sus conocimientos en un entorno seguro y regulado (Lang et al., 2018). La tecnología de la realidad virtual ofrece a los estudiantes de enfermería la oportunidad de practicar y explorar una multitud de habilidades y, por lo tanto, de aprender haciendo en un entorno seguro y controlado sin poner a los pacientes en riesgo o daño, y de perfeccionar sus habilidades de razonamiento clínico en un entorno de aprendizaje más productivo y agradable (Alimohammadi, Norouzi y Alhani, 2017). De hecho, los hallazgos basados en la evidencia han demostrado que la tecnología de la realidad virtual en la educación terciaria ofrece a los estudiantes de enfermería un entorno de aprendizaje único y atractivo que puede aumentar la motivación, mejorando los resultados del aprendizaje (Kim y Kim, 2018).

Además, Bender et al. (2018) han demostrado que el uso de simulaciones de realidad virtual para practicar escenarios de atención al paciente mejoró las capacidades y habilidades de atención al paciente de manera más eficaz, consiguiendo que el personal sanitario sintiera menos miedo y ansiedad a la hora de atender a pacientes reales.

Como resultado, la realidad virtual en la formación de enfermería también ha resultado beneficiosa para la seguridad del paciente (Biyik Bayram y Caliskan, 2022), mejorando los resultados de la atención al paciente (Pfeiffer et al., 2019) y la satisfacción del paciente (Gee et al., 2020).

Si bien muchas pruebas científicas publicadas han demostrado que la tecnología de la realidad virtual se ha empleado en diversos programas de formación de enfermería para abordar una amplia variedad de habilidades y temas, no se encontraron pruebas de que antes de este proyecto la tecnología de la realidad virtual se haya utilizado para ayudar a desarrollar habilidades de competencia emocional.

A pesar de lo anterior, los educadores de enfermería no deben considerar la tecnología de la realidad virtual como una ayuda infalible para la enseñanza de la enfermería. A pesar de las ventajas de integrar una tecnología inmersiva en la formación de enfermería, hay que tener cuidado con otras realidades que pueden entrañar diversos riesgos u otras dificultades que exijan la adopción de medidas preventivas. Entre ellas cabe citar:

- i. **Malestar físico:** algunos estudiantes pueden experimentar dolor físico o dolores de cabeza con las simulaciones de realidad virtual debido a un uso prolongado o a un ajuste inadecuado del equipo de realidad virtual, lo que se conoce como cibermalestar (Cobb et al., 1999; Davis et al., 2015; Obukhow et al., 2022).
- ii. **Angustia fisiológica:** en algunas personas, especialmente las que no están preparadas o no han recibido formación para su uso, las simulaciones con realidad virtual también pueden provocar preocupación, estrés o incluso pánico en determinadas situaciones (Costello, 1997). Algunos estudiantes necesitan más tiempo para comprender la realidad virtual y adaptarse a ella (Chang y Lai, 2021).
- iii. **Problemas de salud y seguridad:** dado que la tecnología de la realidad virtual sumerge al usuario en un entorno simulado, existe la posibilidad de peligro o lesiones si el usuario pierde la conciencia de su entorno inmediato. El uso de la realidad virtual requiere grandes espacios dedicados con medidas de seguridad.
- iv. **Costes:** uno de los principales problemas que plantea la aplicación de la realidad virtual en la enseñanza de la enfermería es el coste de los equipos, su mantenimiento y el coste de desarrollo y actualización de las simulaciones de realidad virtual, que puede ser muy elevado, haciendo difícil que algunos programas de enfermería justifiquen la inversión.
- v. **Problemas técnicos:** debido a su complejidad y tendencia a los problemas técnicos, la

- tecnología de la realidad virtual tiene el potencial de perturbar los procesos de aprendizaje y hacer perder tiempo y recursos.
- vi. **Falta de apoyo del profesorado:** varios participantes en foros públicos señalaron que conseguir el apoyo del profesorado era un problema recurrente. Con frecuencia, los integrantes del profesorado no conocen o no entienden bien la tecnología, por lo que los participantes señalaron que este problema debe superarse aportando pruebas de la utilidad de la realidad virtual (Cook et al., 2019).
 - vii. **Desensibilización:** aunque la realidad virtual puede ofrecer un entorno seguro y controlado para que los estudiantes practiquen sus habilidades, es posible que no reproduzca totalmente la complejidad de las situaciones con pacientes en la vida real. Existe un riesgo de insensibilización a las situaciones reales de los pacientes. Los estudiantes pueden insensibilizarse ante determinadas situaciones o no desarrollar plenamente las capacidades interpersonales y de comunicación necesarias para la atención al paciente. Este riesgo pone de relieve la importancia de utilizar las simulaciones de realidad virtual junto con las prácticas clínicas o los laboratorios de simulación, complementando así los medios tradicionales de formación en lugar de sustituirlos porque la interacción humana es crucial, especialmente en el aprendizaje de las habilidades sociales y de comunicación (van der Linde-van den Bor et al., 2022).

7.3 El *serious game* SG4NS

La industria del juego crea juegos de realidad virtual que permiten estudiar la experiencia y las emociones de los usuarios mientras juegan. Uno de los mejores géneros de juegos que permiten este tipo de experiencia es el conocido como juego de escape (Oliveira, 2022).

Estos últimos son un género de juego centrado en la resolución de problemas que implican enigmas y misterios que se pueden resolver a través de acertijos y símbolos, desafiando psicológicamente al jugador y permitiendo una relación entre la mente y el cuerpo del jugador (Oliveira, 2023).

El desarrollo de un juego de este tipo requiere un conocimiento profundo de cómo se estimulan las

emociones en el cuerpo humano. A su vez, el juego se vuelve muy eficaz a la hora de suscitar emociones en el jugador, implicando a este último más profundamente en la experiencia, lo que permite la mejor experiencia de juego posible.

El uso de la tecnología de realidad virtual permite además una “inmersión total”, con una sensación de “presencia”, de “sentirse en el cuerpo” como si la experiencia fuera real, lo que conduce a una mayor implicación del jugador y a su participación activa en la experiencia (Oliveira, 2022).

El principal objetivo de incorporar un *serious game* al curso de competencia emocional era provocar un espectro de emociones en los estudiantes en un entorno controlado y cautivador, al tiempo que se ofrecía una experiencia inmersiva y atractiva para motivar aún más la participación activa de los estudiantes. El género del juego de escape presentaba en este proyecto el escenario ideal para una herramienta de *serious games* de realidad virtual que ayuda a la enseñanza y al aprendizaje de habilidades de competencia emocional por parte de los estudiantes. En un estudio de Oliveira et al. (2023) se demostró el potencial de la tecnología de la realidad virtual y del género de juegos de escape como poderosos medios para provocar emociones en los jugadores.

Para garantizar la accesibilidad de todos los estudiantes, el juego se diseñó intencionadamente con una interfaz sencilla y controles mínimos. Este enfoque se adaptó a los estudiantes no familiarizados con la realidad virtual, permitiéndoles navegar y participar en el juego sin esfuerzo. El énfasis en la simplicidad tenía como objetivo eliminar posibles barreras, permitiendo que un mayor número de estudiantes se beneficiaran de la exploración emocional facilitada por el *serious game* dentro del curso.

El juego comienza con el estudiante/jugador encontrándose en una casa, exactamente en el entorno de una cocina, en un ambiente oscuro y sin iluminación. Algunas partes de la casa estaban completamente a oscuras y había que recorrerlas con una linterna. Unas notas escritas en la encimera de la cocina guían al estudiante hacia otras pistas para explorar el entorno de la casa, que consta de varias salas, entre ellas un salón, un dormitorio, un balcón, un trastero, un despacho y un laboratorio que se encuentran en dos plantas, desentrañando otros enigmas durante el proceso. El ambiente general es poco iluminado, fantasmagórico (por medio de extraños sonidos y susurros de una mujer a lo largo de la escalera),

diseñado de manera que estimule emociones en el estudiante. Entre las instrucciones dadas, el jugador debe abrir un cubo de basura con un martillo, lo que requiere una ardua acción para recuperar una llave del interior de la basura rodeada de cucarachas. Los estudiantes deben navegar por la casa, abriendo puertas y siguiendo instrucciones para recopilar una serie de llaves y páginas de un diario, fechadas y seguidas de un texto firmado por “John”.

En un momento dado, el jugador se enfrenta a una mujer aparentemente inconsciente, aunque no muerta, tendida en el suelo. La mujer es “Mary”. El cuerpo de Mary cambia de posición cada vez que el jugador mira hacia otro lado. Cuando el jugador se acerca al cuerpo, los ojos de Mary siguen al jugador. En otro momento, el jugador tiene que pasar por un agujero en el balcón y caminar sobre un estrecho tablón, lo que le provoca miedo a las alturas. La narrativa del juego se centra en las vidas de sus protagonistas, John y Mary. Cada una de las seis páginas del diario contiene una fecha que el jugador debe conectar en un orden específico para obtener un código, que abre un armario del laboratorio. Al abrirlo, el jugador ve su reflejo en el espejo y se da cuenta de que es “John”. El autor del juego afirma que, aunque existe esta narrativa, la historia es abierta y ello permite a cada jugador tener su propia interpretación personal de lo sucedido. El objetivo del juego es transmitir la historia al jugador de forma que le resulte atractiva y despierte su curiosidad por lo sucedido (Oliveira et al., 2023).

Tras el juego, los estudiantes participaron activamente en debates abiertos a lo largo del curso, recordando y analizando las emociones que experimentaron al navegar por el entorno virtual. Entre el conjunto de emociones positivas y negativas experimentadas, los estudiantes destacaron el miedo, la aprensión, el asco, la curiosidad, el misterio, la preocupación, la impotencia, la frustración, el aburrimiento, la confusión, la ira, la sorpresa, el *shock*/estado de alarma, la excitación, la ansiedad, la tensión, la vergüenza, la sorpresa, la fascinación, el sobrecogimiento y la satisfacción. La estructura de los debates posteriores al juego proporcionó una plataforma para que los estudiantes articularan y reflexionaran sobre sus respuestas emocionales, fomentando una comprensión más profunda de sus propias competencias emocionales. Este componente reflexivo fue decisivo para vincular la experiencia virtual con la competencia emocional en el mundo real, enriqueciendo el proceso de aprendizaje en general.

Referencias

- Alimohammadi, M., Norouzi, R., & Alhani, F. (2017). The use of virtual reality in nursing education: A systematic review. *Nurse Education Today*, 44, 33-38.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.019>
- Arvind Mallik, D. M. (2018). Virtual Reality in Higher Education- Enhance Teaching Delivery by leveraging Quality Learning. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 5(4), 947–950.
- Azuma, R. T. (1997). A survey of augmented reality. *Presence : teleoperators and virtual environment*, 6(4), 355–385. [10.1162/pres.1997.6.4.355](https://doi.org/10.1162/pres.1997.6.4.355)
- Bailenson, J. N., & Yee, N. (2007). The ecology of avatar presence: Psychological, social, and cultural aspects of a new form of social relationship. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 16(4), 305-329. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2007.00299.x>
- Bender, K., Kilinc, E., Yang, J., & Kim, J. H. (2018). The effects of virtual reality simulation on nursing students' communication skills and anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 58-64. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n10p58>
- Biyik Bayram, S., & Caliskan, N. (2022). The use of virtual reality simulations in nursing education, and Patient Safety. *Contemporary Topics in Patient Safety - Volume 1*.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.94108>
- Bricken, M., & Byrne, C. M. (1993). Summer students in virtual reality. *Virtual Reality*, 199–217.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-745045-2.50019-2>
- Chang, Y. M., & Lai, C. L. (2021). Exploring the experiences of nursing students in using immersive virtual reality to learn nursing skills. *Nurse Education Today*, 97, 104670.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104670>
- Chen, F.-Q., Leng, Y.-F., Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B., & Sun, Z.-L. (2020). Effectiveness of virtual reality in nursing education: Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9).
<https://doi.org/10.2196/18290>
- Cobb, S. V., Nichols, S., Ramsey, A., & Wilson, J. R. (1999). Virtual reality-induced symptoms and effects (VRISE). *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 8(2), 169–186.

<https://doi.org/10.1162/105474699566152>

- Cook, M., Lischer-Katz, Z., Hall, N., Hardesty, J., Johnson, J., McDonald, R., & Carlisle, T. (2019). Challenges and strategies for Educational Virtual reality. *Information Technology and Libraries*, 38(4), 25–48. <https://doi.org/10.6017/ital.v38i4.11075>
- Costello, P.J. *Health And Safety Issues Associated with Virtual Reality: A Review of Current Literature*; Advisory Group on Computer Graphics: Loughborough, UK, 1997
- Davis, S., Nesbitt, K., & Nalivaiko, E. (2015, January). *Comparing the onset of cybersickness using the Oculus Rift and two virtual roller coasters*. In Proceedings of the 11th Australasian conference on interactive entertainment (IE 2015) (Vol. 27, p. 30). Sydney, Australia: Australian Computing Society.
- Faiola, A., & Bognar, A. (2019). Simulation in nursing education: A review of the research. *Journal of nursing education and practice*, 9(3), 26-33.
- Ferrandini Price, M., Escribano Tortosa, D., Nieto Fernandez-Pacheco, A., Perez Alonso, N., Cerón Madrigal, J. J., Melendreras-Ruiz, R., García-Collado, Á. J., Pardo Rios, M., & Juguera Rodriguez, L. (2018). Comparative study of a simulated incident with multiple victims and immersive virtual reality. *Nurse Education Today*, 71, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.006>
- Gee, J. P., Hardy, K. K., & Cedel, L. L. (2020). The impact of virtual reality on patient satisfaction and health outcomes. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(2), 15-22. <https://doi.org/10.5430/jnep.v10n2p15>
- Kim, C. H., & Kim, H. J. (2018). Virtual reality in nursing education: A review of the literature. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.17783/etde.2018.11.1.1-12>
- King, D., Tee, S., Falconer, L., Angell, C., Holley, D., & Mills, A. (2018). Virtual health education: Scaling practice to transform student learning. *Nurse Education Today*, 71, 7–9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.002>
- Lang, E., Heger, M., & Bauernfeind, T. (2018). Virtual reality in nursing education: A review of the literature. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(6), 46-53. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n6p46>
- Park, Y. J., Kim, E. J., & Kim, J. H. (2020). The effects of virtual reality-based nursing education on

learning outcomes and attitudes toward nursing education. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 2907-2917. <https://doi.org/10.1111/jocn.15147>

Mills, K. A., Scholes, L., & Brown, A. (2022). Virtual Reality and Embodiment in Multimodal Meaning Making. *Written Communication*, 39(3), 335-369. <https://doi.org/10.1177/07410883221083517>

Obukhov, A. D., Krasnyanskiy, M. N., Dedov, D. L., & Nazarova, A. O. (2022). The study of virtual reality influence on the process of professional training of miners. *Virtual Reality : The Journal of the Virtual Reality Society*, 1-25. <https://doi.org/10.1007/s10055-022-00687>

Oliveira, I., Oliveira, E. and Gomes, L. (2022). Escape VR: the guilt : um escape room em realidade virtual para elicitación de emoções. Projeto apresentado ao IPCA, para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Desenvolvimento de Jogos Digitais. April, 2022.

Oliveira, I., Carvalho, V., Soares, F., Novais, P., Oliveira, E., and Gomes, L. (2023) Development of a Virtual Reality Escape Room Game for Emotion Elicitation. *Information* 2023, 14, 514. <https://doi.org/10.3390/info14090514>

Pfeiffer, E., Smith, K., & Quirk, R. (2019). The impact of virtual reality on anatomy and physiology education in nursing students. *Anatomical Sciences Education*, 12(1), 18-26. <https://doi.org/10.1002/ase.1784>

Riva, G., Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2016). Virtual reality in clinical psychology and neuroscience. *Frontiers in Psychology*, 7, 708. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00708>

van der Linde-van den Bor, M., Frans-Rensen, S. A., Slond, F., Liesdek, O. C. D., de Heer, L. M., Suyker, W. J. L., Jaarsma, T., & Weldam, S. W. M. (2022). Patients' voices in the development of pre-surgical patient education using virtual reality: A qualitative study. *PEC Innovation*, 1, 100015. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2021.100015>

Vince, J. (2004). *Introduction to virtual reality*. Springer Science & Business Media.

CAPÍTULO 8

Conclusión y futuras recomendaciones

Autores: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

8.1 Resumen

Los cambios en los sistemas de atención sanitaria, en la profesión y en la práctica de la enfermería han suscitado nuevas demandas de formación para los auxiliares y educadores de enfermería. No obstante, el personal de enfermería sigue siendo el mayor colectivo de trabajadores sanitarios en la mayoría de los países. De media, en los países de la UE había 8,3 auxiliares de enfermería por cada 1.000 habitantes en 2020 (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]/Unión Europea, 2022). El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, los problemas sanitarios mundiales (Shustack, 2020), como las pandemias (Lake, 2020), los numerosos riesgos medioambientales (Álvarez-Nieto et al., 2018) y las soluciones tecnológicas han permitido modificaciones y cambios en los sistemas de atención sanitaria. La profesión de auxiliar de enfermería y la práctica enfermera han tratado de adaptarse en consecuencia (Comisión Europea, 2017). Los auxiliares de enfermería siguen siendo fundamentales para la prestación eficiente y eficaz de cuidados en entornos hospitalarios, centros de atención permanente y entornos de atención primaria y comunitaria. Por lo tanto, la competencia de los auxiliares de enfermería conserva una importancia crucial en los sistemas de atención sanitaria. La calidad de los cuidados de enfermería y la formación de los estudiantes de enfermería siguen siendo el punto de apoyo de los buenos sistemas sanitarios.

En este contexto, se señalan las demandas y las necesidades de adoptar nuevos enfoques y métodos de enseñanza, así como estrategias adaptativas para el trabajo y la competencia de los educadores de enfermería (Salminen et al., 2021). Se espera que este manual contribuya a los relatos y esfuerzos que buscan optimizar el trabajo y la competencia de los educadores de enfermería.

La competencia de los educadores de enfermería es esencial si se quiere ofrecer una formación de enfermería de alta calidad y basada en la evidencia para desarrollar los conocimientos, habilidades y

actitudes de los estudiantes de enfermería (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Los autores de este manual confían en que este manual sea una contribución válida y útil para el desarrollo de la competencia necesaria de los educadores de enfermería a la hora de permitir y guiar el desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería.

En esencia, este manual es un recurso ecléctico de información y reflexiones para los educadores de enfermería sobre el desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería. El desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería se ha distinguido como un activo central de la educación enfermera. Esta afirmación está presente a lo largo de todo el proyecto y en todos sus resultados, incluidos este manual. En concreto, este capítulo ofrece recomendaciones para los educadores de enfermería de cara al futuro. En las siguientes secciones, los académicos del proyecto SG4NS comparten los resultados de los ejercicios de reflexión y evaluación que llevaron a cabo en los últimos meses del proyecto. Las recomendaciones se basan en un análisis crítico de su experiencia en las actividades del proyecto y en los comentarios de evaluación que recogieron durante la realización del proyecto entre 2020 y 2023 en seis universidades socias del proyecto en Portugal, Italia, Rumanía, España y Malta.

El proyecto SG4NS (2020-2023) se diseñó y llevó a cabo para abordar las demandas de los sistemas sanitarios modernos a las que se ha hecho referencia anteriormente y para contribuir al desarrollo de la práctica de los educadores de enfermería en lo que respecta a sus esfuerzos por desarrollar la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería. Con este proyecto se dieron los primeros pasos para abordar la necesidad de enfoques novedosos y eficaces para desarrollar la inteligencia emocional.

El proyecto comprendía varias actividades y resultados, entre ellos la elaboración de una revisión bibliográfica, el desarrollo de un *serious game* que implicaba el uso de tecnología inmersiva de realidad virtual y un taller instructivo; todo ello centrado en el desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería. El taller instructivo fue bien recibido por los asistentes que se ofrecieron a participar. El carácter internacional de los participantes se consideró una faceta enriquecedora del

proyecto. Las recomendaciones que figuran a continuación se derivan de todo lo anterior.

8.2 Futuras recomendaciones para la contribución de los educadores de enfermería al desarrollo de competencias emocionales entre los estudiantes de enfermería

Recomendación 1: requisitos universales para el “desarrollo de la inteligencia emocional” de los estudiantes de enfermería.

Los requisitos de la inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería deben debatirse y armonizarse a nivel paneuropeo y, gradualmente y con el tiempo, a nivel mundial. En vista del fenómeno de la globalización y de la movilidad de los auxiliares de enfermería en todo el mundo, es necesario llegar a un consenso universal sobre los requisitos del “desarrollo de la inteligencia emocional” de los estudiantes de enfermería. Se sugiere seguir investigando para buscar orientación en el diseño de estrategias de “desarrollo de la inteligencia emocional” que sean universales y permitan la provisión y el acceso a recursos educativos que puedan guiar y apoyar el desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de todo el mundo. El proyecto SG4NS constituye un primer paso en esta dirección. El despilfarro y la ineficacia, derivados de la fragmentación de las inversiones y la duplicación de las iniciativas, son retos que los educadores de enfermería experimentan actualmente (Leaver et al., 2022). Por lo tanto, las colaboraciones internacionales se consideran soluciones sostenibles reales para abordar las lagunas y discrepancias identificadas en la educación de enfermería con respecto al desarrollo de la inteligencia emocional. La determinación de los requisitos universales de inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería consolidará y economizará experiencias, recursos, iniciativas e inversiones en diferentes países y, por lo tanto, es recomendable.

Recomendación 2: desarrollar las oportunidades educativas de los educadores de enfermería internacionales en relación con el desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería.

Es necesario modelar la competencia de los educadores de enfermería y basar la educación de los educadores de enfermería en directrices y parámetros universales que se basen, a su vez, en las

mejores pruebas disponibles. Esta recomendación se propone en vista de la defensa de los beneficios de los niveles universales de desarrollo de la inteligencia emocional entre los estudiantes de enfermería en las realidades actuales, a las que se ha hecho referencia anteriormente. La literatura reclama ampliamente una mejora y una mayor igualdad en la calidad de la educación de enfermería a nivel mundial, con el fin de abordar las disparidades en la calidad de los servicios de enfermería en todo el mundo (Sato et al., 2020). El desarrollo profesional continuo es un proceso de aprendizaje autodirigido (Drude et al., 2019) que se exige a lo largo de la duración de la actividad de un educador. Se recomienda un programa o programas de desarrollo profesional continuo, estructurado y universal para que los educadores de enfermería apoyen el “desarrollo de la inteligencia emocional” de los estudiantes de enfermería. Este desarrollo profesional continuo facilitará el desarrollo continuo de la competencia de los educadores de enfermería en este sentido (Pool et al., 2015) y permitirá a los profesionales hacer frente a realidades dinámicas a lo largo de sus años de práctica profesional como educadores.

Recomendación 3: orientar a las instituciones de formación de enfermería y a los empleadores de los educadores de enfermería para que canalicen recursos, incluidos tiempo y dinero, para apoyar las estrategias y los enfoques de los educadores de enfermería dirigidos al desarrollo de la inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería.

Los avances en el uso de la tecnología en la educación y las características cambiantes de las poblaciones estudiantiles requieren conocimientos y habilidades que se asocian con modos y métodos modernos de enseñanza y aprendizaje.

Por un lado, los retos globales y de gestión del trabajo a los que se enfrentan los educadores de enfermería (EU-OSHA, 2018, Howard et al., 2022), incluidos los avances tecnológicos junto con los cambios demográficos en toda Europa que aumentan la demanda de atención sanitaria y provocan la escasez de auxiliares de enfermería y educadores de enfermería, son elementos reconocidos de las actuales instituciones de educación de enfermería. Por otra parte, los educadores de enfermería sufren una elevada carga de trabajo que suele distribuirse de forma desigual a lo largo del curso académico (Rinne et al., 2022). Además, experimentan tensión mental y estrés relacionado con el trabajo (Singh,

2020). Los recursos necesarios para desarrollar conjuntos de conocimientos y habilidades y los recursos que necesitan los educadores de enfermería para integrar y utilizar las nuevas tecnologías de forma eficaz en su enseñanza deben recibir más atención e inversión. Las conclusiones de este proyecto apoyan la opinión de que hay poca investigación sobre las necesidades de los educadores de enfermería a este respecto. Esta laguna de conocimiento pone de manifiesto la necesidad de futuras investigaciones. Es importante no pasar por alto el hecho de que los educadores individuales y los contextos específicos de cada país tienen necesidades diferentes porque (1) las líneas de partida iniciales varían según el contexto y (2) el ritmo y la naturaleza del dinamismo en un contexto específico también varía de cualquier otro. Por lo tanto, se recomienda invertir específicamente en el desarrollo de la inteligencia emocional.

Recomendación 4: crear un centro internacional de “desarrollo de la inteligencia emocional” para la profesión enfermera.

El intercambio de conocimientos y experiencias entre las entidades asociadas en el seno del SG4NS ha proporcionado un rico espacio para el aprendizaje y el desarrollo. Por lo tanto, se recomienda el establecimiento de un centro para el “desarrollo de la inteligencia emocional” para la profesión de enfermería con el fin de avanzar en el desarrollo de la calidad de la inteligencia emocional en todo el mundo. Una de las principales funciones del centro sería fomentar la colaboración entre entidades de distintos países, así como permitir el intercambio de recursos, experiencias y conocimientos entre educadores individuales.

Se cree que este centro tiene el potencial de aumentar las posibilidades de colaboración profesional internacional de forma estructurada y sistemática para mejorar la educación unificada y armonizada de los estudiantes de enfermería de todo el mundo en este sentido.

El aprendizaje y el crecimiento que surgieron de la experiencia transnacional de este proyecto son encomiables y se recomienda seguir aprendiendo y creciendo en este sentido. El centro permitirá la asimilación, revisión y evaluación de futuros estudios de investigación con vistas a una difusión eficaz de las pruebas y las mejores prácticas. Como mínimo, el centro recomendado servirá como depósito de

recursos que faciliten la enseñanza y el aprendizaje para los educadores de enfermería. Los resultados del proyecto SG4NS, incluidos el *serious game* y la revisión bibliográfica y el taller, serán los componentes fundamentales de este centro. Otros recursos serán creados conjuntamente por educadores o equipos de educadores y compartidos entre naciones para apoyar a los futuros educadores de enfermería y a los futuros estudiantes de enfermería. A lo sumo, el centro podrá (1) compartir el asesoramiento relativo al “desarrollo de la inteligencia emocional” del personal de enfermería con organizaciones mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeros, y (2) proporcionar un ámbito de trabajo formal para la investigación. Esta actividad investigadora es necesaria, ya que proporciona las pruebas que pueden informar la política, la práctica, la enseñanza y el aprendizaje.

Recomendación 5: la adopción de tecnologías inmersivas, incluido el uso de *serious games* y cascos de realidad virtual para permitir el desarrollo de la inteligencia emocional, requiere cautela y debe ir precedida de un análisis situacional del contexto.

El proyecto SG4NS utilizó un *serious game* inmersivo que incluía el uso de cascos de realidad virtual. Aunque resultó ser un elemento de atracción para que los estudiantes participaran en un taller sobre el desarrollo de la inteligencia emocional, las lagunas y limitaciones en el dominio y la sensación de comodidad tanto de los educadores como de los estudiantes con el uso de las herramientas tecnológicas y los equipos mencionados plantearon retos importantes.

Además, la duración de la actividad de aprendizaje que implicaba el uso de los cascos de realidad virtual y el lugar de la actividad de aprendizaje se habrían beneficiado claramente de consideraciones más amplias a la hora de planificarla. Tras la evaluación, estos problemas se identificaron como posibles amenazas e inhibidores que pusieron en peligro y comprometieron la enseñanza y el aprendizaje en distintos grados según las personas.

Habida cuenta de lo anterior, se recomienda que, antes de llevar a cabo una iniciativa educativa que utilice herramientas y equipos como los cascos de realidad virtual y *serious games*, el planteamiento y la estrategia de la iniciativa educativa se definan con cautela a partir de un análisis de la situación, es

decir, del contexto en el que se impartirá la iniciativa educativa.

Referencias

Drude, K. P., Maheu, M., & Hilty, D. M. (2019). Continuing Professional Development: Reflections on a Lifelong Learning Process. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(3), 447–461. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.05.002>

Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G., & ten Cate, O. (2015). Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: a biographical approach. *International journal of nursing studies*, 52(5), 939–950. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004>

Howard A., Antczak R., & Albertsen K. 2022. Education – Evidence from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). The European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). https://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2022/10/Education%E2%80%93Evidence-ESENER_en.pdf

Rinne, J., Leino-Kilpi, H., Saaranen, T., Pasanen, M., & Salminen, L. (2022). Educators' occupational well-being in health and social care education. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 72(5), 289–297. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqac024>

Singh, C., Cross, W, Munro, I., & Jackson, D. (2020). Occupational stress facing nurse academics—A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 720–735. <https://doi.org/10.1111/jocn.15150>

Leaver, C. A., Stanley, J. M., & Veenema, T. G. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the future of nursing education. *Academic Medicine*, 97(3), S82.

Alvarez-Nieto, C., Richardson, J., Parra-Anguita, G., Linares-Abad, M., Huss, N., Grande- Gascón, L., Grose, J., Huynen, M., L´opez-Medina, I.M., 2018. Developing digital educational materials for nursing and sustainability

European Commission, 2017. State of health in the EU companion report 2017.

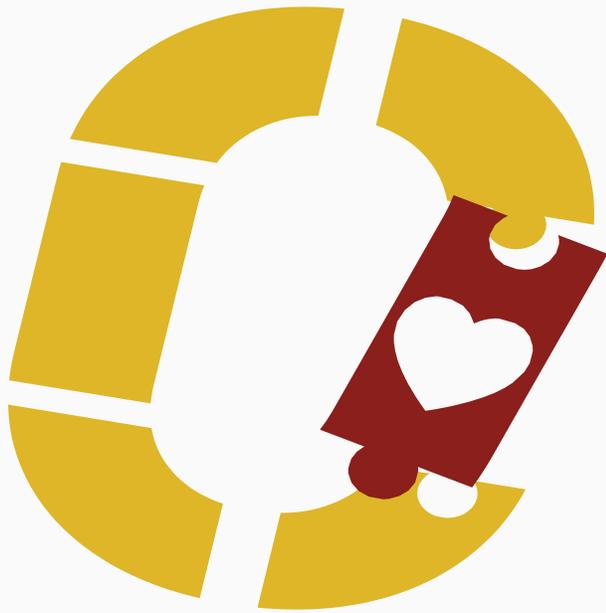
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf

Lake, M.A., 2020. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine (Lond)* 20 (2), 124–127.

OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

Shustack, L., 2020. Integrating Google Earth in community health nursing courses preparing globally aware nurses. *Nurse Educ.* 45 (2), E11–E12.

Satoh, M., Fujimura, A., & Sato, N. (2020). Competency of academic nurse educators. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820969389. <https://doi.org/10.1177/2377960820969389>



Serious Games - Developing Emotional Competences for Nursing Students
2020-1-PT01-KA203-078847, co-financed by Erasmus + Program KA2 -
Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, KA203 -
Strategic Partnerships for higher education