

**Universidad San Carlos de Guatemala
Escuela de Formación de Profesores de Enseñanza Media**



Situación actual de la formación educativa en Inteligencia Emocional en personal de enfermería y estudiantes de medicina: pregrado y postgrado. Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala.

Tesis presentada al Consejo Directivo de la Escuela de Formación de Profesores de Enseñanza Media de la Universidad San Carlos de Guatemala

Julio César Morales Linares

Previo a conferírsele el grado académico de:

Maestro en Artes

en la carrera de:

Educación con Énfasis en Modelos Alternativos

Guatemala, enero del 2013.

Autoridades Generales:

Dr. Carlos Estuardo Gálvez Barrios	Rector Magnífico de la USAC
Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo	Secretario General de la USAC
Dr. Oscar Hugo López Rivas	Director de la EFPEM
Lic. Danilo López Pérez	Secretario Académico de la EFPEM

Consejo Directivo:

Lic. Saúl Duarte Beza	Representante de Profesores
Dr. Miguel Ángel Chacón Arroyo	Representante de Profesores
M.A. Dora Isabel Águila de Estrada	Representante de Profesionales Graduados
PEM Ewin Estuardo Losley Johnson	Representante de Estudiantes
Br. José Vicente Velasco Camey	Representante de Estudiantes

Tribunal Examinador:

Dra. Geraldine Grajeda Bradna	Presidenta
M.A. Walda Paola María Flores Luin	Secretaria
M.A. Rubén Pérez Oliva	Vocal

Guatemala, agosto 30 del 2012.

**DOCTOR
MIGUEL ANGEL CHACÓN ARROYO
COORDINADOR
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EFPEM - USAC
PRESENTE.**

Dr. Chacón:

Lo saludo atentamente deseándole éxitos en sus labores profesionales.

El motivo de la presente es para informarle que el Maestrante **JULIO CÉSAR MORALES LINARES**, carné 1004081 de la Maestría en "Educación con Énfasis en Modelos Alternativos" finalizó la ejecución del trabajo de graduación intitulado:

"Situación actual de la formación educativa en Inteligencia emocional en personal de enfermería y estudiantes de medicina: pregrado y postgrado; Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala".

Dicho trabajo cumple con los requisitos establecidos en la normativa correspondiente por lo que me permito presentar un informe positivo del mismo y sugiero que se acepte para continuar con el trámite correspondiente, previo a la graduación de la Maestría.

Sin otro particular, me suscribo muy atentamente,


DRA. GILDA REBECA GOMA DONIS, Msc.
Asesora

Dra Gilda Rebeca Goma D
MEDICO Y CIRUJANO
COLIGADO SIS4

Notificaciones:

Avenida Reforma 7-62 zona 9, Séptimo nivel oficina: 708.
Edificio Aristos Reforma.
Teléfonos: 23628182/3 - Celular: 54063119.
gilda_gomar@yahoo.com

El infrascrito Secretario Académico de la Escuela de Formación de Profesores de Enseñanza Media de la Universidad de San Carlos de Guatemala

CONSIDERANDO

Que el trabajo de graduación denominado “*Situación actual de la formación educativa en Inteligencia emocional en personal de enfermería y estudiantes de medicina: pregrado y postgrado; Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala.*” del estudiante **Julio César Morales Linares**, carné No. 1004081, de la Maestría en Educación con Énfasis en Modelos Alternativos.

Ha dictaminado favorablemente sobre el mismo, por este medio

AUTORIZA

La impresión de la tesis indicada, debiendo para ello proceder conforme el normativo correspondiente.

Dado en la ciudad de Guatemala a un día del mes de febrero de del año dos mil trece.

“ID YENSEÑAD A TODOS”



Lic. Danilo López Pérez
Secretario Académico EFPEM



c.c. Archivo

Dedico esta Tesis a:

- ❖ **Dios:**
Por su bendición y acompañamiento en los retos de la vida,
- ❖ **Gaby:**
Por compartir conmigo, cada día, esa energía productiva de amor y trabajo, evidencia de nuestro sincrodestino,
- ❖ **Ricardo Gabriel (Ricky):**
Explosión de alegría, amor y expresividad,
- ❖ **Javier Emilio (Sonic):**
Ternura que derrite a cualquiera, incluso a mí! Tu Don King Kong!
- ❖ **Julio José (JJ):**
Me contagias en todo momento tu nobleza, felicidad, creatividad e imaginación!

Chicos: los tres representan ese big bang en mi vida!

- ❖ **Don Roberto
Doña Sarita**
Seres humanos que poseen e irradian un aura re-cargada de amor, cariño y Solidaridad.
- ❖ **Gerald, Mariana y Margarita,**
Tres mujeres desafiantes de lo impensable e imposible! Su alumno.
- ❖ **A mis colegas y amigos,**
Que me bendicen con darme trabajo... mil gracias!
- ❖ **A mis pacientes,**
Son un libro abierto para el aprendizaje de la incertidumbre en la medicina y Cirugía.

**“El mejor regalo que nos ha hecho Dios es el libre albedrío, la libertad.
Las casualidades no existen; todo lo que nos ocurre en la vida sucede por un motivo positivo.
Si cubriéramos los desfiladeros para protegernos de los vendavales, jamás veríamos la belleza de sus formas”.**

Elisabeth Kübler-Ross.

	<i>Página</i>
<i>ÍNDICE</i>	
Introducción	1
1. Antecedentes	4
2. Planteamiento del Problema	13
3. Objetivos	17
3.1 General	17
3.2 Específicos	17
4. Justificación	18
5. Tipo de Investigación	20
6. Variables	21
6.1 Inteligencia Emocional	22
6.2 Estrategias de Aprendizaje	23
6.3 Competencias Emocionales	24
7. Metodología	25
7.1 Métodos	25
7.2 Técnicas	25
7.3 Procedimientos	26
7.4 Instrumentos	29
8. Población y Muestra	29
9. Fundamentación Teórica	30
9.1 Inteligencia Emocional	30
9.2 Las Emociones	44
9.3 La Comunicación	57
9.4 La Intuición	72
9.5 Saberes Médicos	76
9.6 Los Valores	82
9.7 La Nueva Conciencia	87
9.8 La Ciencia y sus Paradigmas	103
10. Presentación de los Resultados	108
10.1 Gráficas	108
10.2 Resultados de los estudiantes de medicina: externos e Internos de cirugía.	114
10.3 Resultados de residentes de cirugía.	122
10.4 Resultados de enfermería.	126
10.5 Resultados del seguimiento con el subgrupo de los 8 estudiantes de cirugía	130
10.6 Resultados del diario del profesor	147
11. Análisis y discusión de los resultados	148
11.1 El Pregrado	148
11.2 El Postgrado	162
11.3 Enfermería	169
11.4 Síntesis Final	175
12. Conclusiones	176
13. Recomendaciones	179
<i>Referencias Bibliográficas</i>	181

Anexos*Anexo I*

Instrumento de evaluación de Inteligencia Emocional (IE) TMMS-24. 186

Anexo II

Escala de evaluación del instrumento: Inteligencia Emocional TMMS-24. 188

Anexo III

Instrumento de evaluación Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC). 190

Anexo IV

Escala de evaluación del Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC). 191

Anexo V

Instrumento de autoevaluación de Casos Clínicos de Cirugía. 194

Anexo VI

Instrumento de autoevaluación del Texto Paralelo de Cirugía. 196

Anexo VII

Diario de notas del profesor. 198

Propuesta de estrategias de aprendizaje para desarrollar la formación educativa en inteligencia emocional 199

1. Introducción 201
2. Objetivo 201
3. Competencias emocionales que se desean desarrollar 201
4. Estrategias de Aprendizaje 202
5. Participantes del proceso educativo 204
6. Unidad ejecutora del proceso de evaluación 205
7. Organismos encargados del proceso de intervención y gestión administrativa. 205
8. Impacto Final 205
9. Fundamentación teórica 205
 - 9.1 Mediación Pedagógica...Una educación alternativa 205
 - 9.2 La Medicina Basada en Evidencias MBE 208
 - 9.3 El Aprendizaje Significativo 208
 - 9.4 El Enfoque Mecanicista de la Medicina 209
 - 9.5 La Relación Médico – Paciente 210
 - 9.6 Caos, Complejidad y Cirugía 210
 - 9.7 El Profesionalismo Médico 211
 - 9.8 El Inter-aprendizaje y el aprendizaje colaborativo 212
 - 9.9 Auto evaluación 213

INTRODUCCIÓN

Se realizó una investigación en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt con 98 estudiantes de pregrado que incluyeron estudiantes de medicina de ambos sexos [externos y externas]¹ de las universidades Rafael Landívar, San Carlos y Mariano Gálvez; así como con estudiantes del sexto año [internos e internas]². Se incluyeron además, 34 estudiantes de Postgrado representados por médicos y médicas residentes de cirugía desde el primero hasta el cuarto año. Así también el estudio incluyó a 20 enfermeras de los servicios de sala de operaciones y cirugía de mujeres.

La investigación se realizó para determinar el estado actual de la formación educativa en inteligencia emocional de los estudiantes de medicina de pregrado y postgrado, así como de las enfermeras para conocer el grado de formación de ésta dentro de la carrera de medicina, y así conocer la competencia fundamental que necesita implementarse dentro de la formación no sólo médica sino de enfermería para aplicar la inteligencia emocional en su entorno médico.

Una de las principales debilidades dentro de la formación médica a nivel hospitalario es la deficiente relación que tienen los estudiantes de pregrado, postgrado y enfermeras con los y las pacientes hospitalizados, así también con los familiares de los mismos. No se practica la empatía, menos aún la compasión por el otro como autentico otro, entendiéndose “*al otro*” como un ser humano que sufre, vive y siente; por lo tanto no se toma conciencia de dicha

¹ Nombre intrahospitalario con el que se identifica al estudiante de medicina de cuarto y quinto años.

² Nombre intrahospitalario con el que se identifica al estudiante de medicina de sexto año en Ejercicio Profesional supervisado EPS.

vivencia hasta que verdaderamente se generan ejercicios serios y profundos de reflexión acerca de la condición humana.

Se realizó una investigación prospectiva, descriptiva, deductiva y mixta, para lo cual se seleccionaron dos instrumentos para evaluar la inteligencia emocional en los estudiantes y enfermeras; el primero fue el TMMS-24 (Trait-Meta Mood Scale) según Salovey (1995), que evaluó los siguientes parámetros: la percepción, comprensión y regulación de las emociones; mientras que el Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) de Vara (2001) evaluó: la autoconciencia, motivación, autorregulación, empatía y las destrezas sociales; ambos instrumentos se pasaron a todos los sujetos del estudio.

Además se seleccionó un subgrupo de ocho estudiantes a quienes se les entregaron cuatro instrumentos de auto evaluación que permitieron un abordaje distinto, un tanto más profundo y reflexivo que permitió tomar conciencia de las acciones que desarrollaron diariamente durante un mes calendario. Dichos resultados se documentaron individualmente presentándose secuencialmente alumno por alumno, lo que finalmente permitió contrastar resultados de índole cualitativa, incluyendo experiencias de aprendizaje vivencial, experimental y significativo, con resultados eminentemente cuantitativos.

Como resultado más relevante de esta investigación radica la formación educativa en inteligencia emocional en todos los grupos fue deficiente, lo cual se evidenció al cotejar los resultados obtenidos entre los dos instrumentos. El trabajo en pequeños grupos utilizando *“la clase rompecabezas”*, así como estrategias educativas para *“hacer pensar”* podrían mejorar sustancialmente no solo la calidad académica del discente, sino potencializar sus capacidades intelectuales. Relatar y compartir *“las experiencias cumbre”*, permitirán tomar conciencia de quienes son así como de conocer y vivir sus emociones.

Experimentado la práctica médica real permitirá hacerle ver al estudiante la importancia de practicar los valores y comprender el significado real de generar una buena relación médico paciente familia, no solo dentro de su práctica hospitalaria sino para la vida, por lo que se sugiere incorporar la evaluación de la inteligencia emocional en todo los grupos y a todo nivel máxime cuando realicen su ingreso a cualquier práctica intrahospitalaria.

Dichos resultados permitirán retroalimentar a las unidades académicas que forman estudiantes de medicina, así como a los diferentes departamentos médicos del Hospital Roosevelt, pero en especial a la Unidad de Salud Mental quien es la encargada de pasar las pruebas, anualmente, a los nuevos aspirantes a las plazas de médicos residentes en el Hospital Roosevelt.

1. ANTECEDENTES

Desde hace varios años se ha percibido gran cantidad de problemas en cuanto a la enseñanza teórico- práctica de la medicina, todos relacionados con el problema de aprendizaje de los estudiantes de medicina, las discusiones con colegas de corta y larga trayectoria finalizaban con cuestionamientos acerca del por qué el estudiante no aprende. En el ambiente intrahospitalario se palpa realmente los problemas educativos, se exploran y perciben gran cantidad de problemas intrínsecos en la formación educativa universitaria, dentro de la educación médica.

A continuación presento los principales antecedentes para la presente investigación:

- Morales-Linares, J., (1995). Publicación intitulada **“Reflexión docente acerca del Aprendizaje”**, EDUSAC, IIME, USAC, Guatemala. La cual fue incluida dentro del título general *“Ideas para superar los problemas de aprendizaje”*. En la que sucintamente se expresa la importancia de involucrarse en la formación educativa de los estudiantes partiendo de la experiencia vivencial.
- Morales-Linares, J., (1997). Publicación de la Ponencia en el Segundo Seminario de Innovaciones Educativas en la USAC, Décadas 80 y 90, EDUSAC, IIME, USAC, Guatemala; intitulada **“Aprender siendo, un cambio de actitud partiendo del discente”**. Se cuestiona la participación del docente con práctica tradicional versus la actividad motivada de los estudiantes involucrándose en nuevos retos que obligan al profesor a cambios importantes en su formación educativa y a prepararse para la docencia hacia el año 2000.

- Morales-Linares, J., (2005) Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, EFPEM, USAC, Guatemala; proyecto de investigación prospectiva de corte transversal, ***“Aprender haciendo con la tecnología educativa actual desde una visión holista”***; cuyo planteamiento del problema radicó en presentar que la docencia hospitalaria es tradicional donde el proceso educativo está centrado en el profesor, lo que significó que en pleno siglo XXI se fomenta la educación fragmentaria y reduccionista en el campo médico, donde las estrategias educativas no han cambiado porque se fundamentaron en el mismo modelo de enseñanza, donde las clases magistrales o actividades grupales no permitieron el aprendizaje significativo. Se establecieron varios procedimientos divididos en cuatro fases con diferentes actividades, se incluyeron doce estudiantes de medicina que rotaron por el Departamento de Cirugía. Dentro de los principales resultados se documentó estudiantes que llevaron las presentaciones de los casos clínicos en CD, quienes incluyeron textos, imágenes de la internet, cuadros comparativos, fotografías de los casos. Se obtuvieron tres conclusiones importantes: en la primera se lograron cambios de actitud en los estudiantes a partir del inter aprendizaje, intro aprendizaje y entre aprendizaje obtenidos a partir de la utilización propia y apropiada de la tecnología educativa; la segunda, aprovecharon la tecnología a su alcance léase computadora, internet, a través de la presentación de los casos clínicos, seleccionando el que más le gustó. Así también lograron plasmar en las presentaciones en Power Point la historia clínica de un paciente en forma resumida con los elementos más importantes para llegar a las alternativas diagnósticas. La tercera evidenció que el cansancio por el exceso de trabajo con el constante desvelo incidió directa y negativamente en la motivación por buscar, interesarse y gestionar formas alternativas de aprendizaje dentro del campo de los conocimientos médicos y quirúrgicos.
- Morales-Linares, J., (2005), Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, EFPEM, USAC, Guatemala. proyecto de investigación

- prospectiva de corte transversal, ***“Aprender a aprender con la práctica clínica: humana, ética e integral”***, cuyo planteamiento del problema permitió documentar el sentir del estudiante, las motivaciones que le han generado aprender a través del aprendizaje basado en el paciente mismo, utilizando para esto el descubrimiento y la experimentación con el caso clínico real, la tecnología educativa, el texto paralelo, el manejo responsable del expediente médico y la autoevaluación. Se realizaron varias actividades divididos en tres fases, se incluyeron doce estudiantes de medicina que rotaron por el Departamento de Cirugía. Dentro de los principales resultados se documentó que los estudiantes fueron creativos en la presentación de los casos clínicos, participaron con comentarios positivos, y se dieron momentos cumbres para aprender. La autoevaluación los hizo confrontarse consigo mismos, llevándoles tres meses comprender el significado del proceso realizado. Lograron superar las dificultades encontradas. Las principales conclusiones fueron el cambio de actitud relacionado con el inter aprendizaje, intro aprendizaje y entre aprendizaje el cual fue individual y no grupal. La presión grupal de resistencia al cambio se evidenció más al inicio. Se logró un aprendizaje a partir del *“aprender a ser, aprender a conocer, aprender a hacer y aprender a vivir juntos”*. El proyecto permitió que el estudiante comprendiera la secuencia de procesos internos que generaron las enfermedades o las complicaciones de las mismas aprendiendo a pensar, investigar y cuestionar, lo cual no se dio en todos. El estudiante aprendió la práctica clínica a través de las actitudes propias y de otras personas, éticas y no éticas, humanas y no humanas, integrales y no integrales, las cuales puso en evidencia durante las presentaciones de los casos clínicos, a través de los cuales se dio comunicación verbal y no verbal dentro del proceso de aprendizaje alternativo significativo permitiendo la reflexión interna, siendo esto lo más importante para lograr un cambio de actitud.

- Morales-Linares, J., (2005). Libro intitulado **“El Tao de la Práctica Médica”**, Guatemala. Primera Edición. El autor expresa el sentir acerca de la actual práctica educativa médica, universitaria y hospitalaria; cuestionando el quehacer estudiantil, docente y profesional dentro de dos modelos educativos opuestos en donde el profesional debe motivar la práctica reflexiva en los estudiantes en forma constante para aprender a aprender. Manifiesta su preocupación acerca de muchas actitudes, respuestas no verbales a situaciones reales de vida que generan una incertidumbre educativa tal que revelan una constante acción, sin reacción, sin explosión, pero evidenciando una gran implosión humana en cada estudiante que calla pero que, algunas veces expresa colérica y múltiples frustraciones.
- Morales-Linares, J., Aquino-Matus, J., (2009) Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala. **“Competencias médico quirúrgicas del estudiante de medicina en un Hospital Escuela”**. Estudio prospectivo descriptivo que documentó los registros personales presentados a través de una bitácora personal por 41 estudiantes de cirugía durante dos años: junio 2007 a septiembre 2008. Presentado en el Congreso Nacional de Cirugía 2009 y como Póster en el Congreso Mundial de Educación Médica en Glasgow 2010. Se analizaron las siguientes competencias: número de curaciones realizadas, colocaciones de sondas, suturas, canalizaciones, venopunciones, ingresos a sala de operaciones como primero o segundo asistente, entre otra serie de procedimientos de asistencia a los enfermos. Los principales resultados del estudio demostraron que los estudiantes durante un periodo de cuatro meses realizaron aproximadamente 228 venopunciones, 440 curaciones de heridas, 52 colocaciones de sonda Foley, entra 63 veces como primer ayudante a sala de operaciones y realiza 95 trámites administrativos. En conclusión la práctica médico quirúrgica para los estudiantes de cirugía en el Hospital Roosevelt es amplia, realiza aproximadamente 761 intervenciones durante su práctica. El estudiante

no es preparado emocionalmente durante los tres primeros años de formación académica para asumir las responsabilidades que posteriormente se le asignan en las actividades de servicio intrahospitalario.

- Fernández-Berrocal, P., (2010). Universidad de Málaga, España. **“Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI”**. Artículo incluido en el foro de expertos: La mirada maestra de la actualidad: El Médico No. 1112. La relación médico-paciente está en el centro de la práctica médica y una buena gestión de esta relación es un objetivo hacia el que todo profesional aspira de forma abierta. No obstante, este ideal se ve atropellado continuamente por la velocidad de la Medicina del siglo XXI centrada primordialmente en lo técnico, y sin espacio ni tiempo para una comunicación efectiva con el paciente. Este olvido de la relevancia de las habilidades de comunicación clínica tiene un coste muy elevado en la medicina actual como demuestran diferentes investigaciones recientes. En concreto los médicos cuyos resultados de la prueba de habilidades de comunicación estaban en el cuartil inferior tuvieron un riesgo significativamente mayor de denuncias por parte de los pacientes. El caso de las denuncias médicas puede parecer anecdótico, pero en este estudio el 17% de los médicos tuvo al menos una denuncia en un periodo de seguimiento de diez años. España tampoco ha sido inmune a este proceso iniciado en países como Estados Unidos o Gran Bretaña, como muestra el dato de que las demandas a médicos se han cuadruplicado en los últimos diez años.
- Liébana-Presa, C., (2010). Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de León en el Campus de Ponferrada, León España. **“Dimensión positiva de los estudiantes universitarios de enfermería”**. Investigación cuantitativa sin intervención, no experimental. Estudio descriptivo correlacional. La población de estudio fueron 154 alumnos de enfermería, se utilizaron cuatro instrumentos: positive and negative affect Schedule- PANAS, la escala de IE EIE-33, la EIE-25 y el

Student Academic Engagement. En una muestra de 371 estudiantes universitarios obtuvieron resultados que evidenciaron como las puntuaciones altas de IE en los alumnos se correlacionaban con puntuaciones menores en los niveles de agotamiento, cinismo, mayor eficacia académica, menor percepción de estrés y puntuaciones más elevadas en vigor, dedicación y absorción del desempeño de sus tareas académicas. Los estudiantes con mayor puntuación en IE presentan niveles más elevados de conciencia emocional, control emocional, empatía, motivación, habilidades sociales, afecto positivo general, reciente y con todas las dimensiones del engagement (absorción, dedicación y vigor) que aquellos con menor puntuación en estas variables y viceversa.

- Agobian, G., et al., (2004). Universidad Centro-occidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. Boletín Médico de Postgrado. Vol. 20. # 3. **“Nivel de inteligencia emocional en los estudiantes de VI año de medicina de la UCLA. Barquisimeto. Diciembre 2003 abril 2004”**. Trabajo descriptivo de corte transversal con una muestra de 97 alumnos a quienes se aplicó el Test Jim Seagal conformado por 15 preguntas de selección única en donde se planteaban varias situaciones hipotéticas en las que el estudiante debió situarse. Entre los principales resultados se encontró que el 81.44% presentó un nivel de IE mediano, además en todos los estratos se encontró que predominó el nivel de IE mediano con 87.5%. Con relación al índice académico predominó el nivel mediano con 83.33%.
- García-García, J., et al., (2009). Revista del Hospital General de México. Vol. 72 # 4. **“Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México”**. Investigación observacional, transversal y descriptiva. La muestra estuvo conformada por 128 médicos que ingresaron al Hospital General para realizar la residencia durante el periodo escolar 2008-2009. Se les aplicó el instrumento Q-Metrics versión III.5 sobre cociente emocional desarrollado por Cooper y Sawaf,

- el cual analizó las siguientes áreas: ambiente actual, conocimiento, competencias, valores, creencias y resultados especiales. Se identificó que la conciencia emocional del grupo de especialidades mixtas mostró el porcentaje más alto de dominio óptimo comparado con las quirúrgicas que fue el más bajo, siendo este último el que mostró el porcentaje más alto en los niveles de cautela/vulnerabilidad, comparado con los otros grupos de especialidades ($p=0.05$). Conclusiones: la evidencia acumulada se orienta a señalar los beneficios personales y sociales de una IE elevada. Es importante desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud. El contexto organizacional de los hospitales en general constituye un entorno en el que numerosos estresores ajenos al estudiante, fuera de su control, pueden dificultar la tarea académica y devenir en verdaderos obstáculos para el éxito. El estrés académico no se soluciona simplemente proporcionando al estudiante herramientas o recursos emocionales que le permitan afrontarlo. Más bien requieren enfoques globales que hagan posible la detección y modificación de aquellos aspectos estresantes de las organizaciones educativas y de los sistemas de salud.
- Rodríguez, A., Llorens, S., Salanova, M., (2006). Prevención Psicosocial de la Universitat Jaume I de Castellón. ***“Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo”***. Se evaluaron los riesgos psicosociales mediante el cuestionario RED.HOS (Recursos, Emociones y Demandas, WoNT_Prevenio Psicosocial) a una muestra formada por 45 trabajadores (personal sanitario y no sanitario) de los cuales 13 % fueron hombres y 87% mujeres, pertenecientes a un hospital de la Comunidad Valenciana. La muestra estuvo comprendida mayoritariamente por auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, celadores, médicos, personal de farmacia y fisioterapeutas. El taller se realizó en cuatro etapas: evaluación de riesgos psicosociales (fase 1), survey feedback, intervención mediante el diseño e implementación del taller (fase 3a) y luego se desarrolló una

evaluación del pre-workshop y post-workshop; quedando pendiente de realizar la fase cuatro en un segundo tiempo con la respectiva evaluación de riesgos psicosociales. Los resultados obtenidos en la primera fase señalan, tal y como se esperaba, la presencia de altas demandas emocionales y pobres recursos emocionales. Esta falta de competencia emocional provocaba en las enfermeras altos niveles de disonancia emocional y empatía. El nivel de disonancia emocional aumentó ligeramente en la evaluación realizada inmediatamente después del taller. Se consiguió que los participantes fueran conscientes de sus emociones y las pudieran identificar. Ese fue el primer paso para llegar a ser inteligente emocionalmente. El 100% de los participantes informaron de la conveniencia de ampliar el número de sesiones y de establecer una serie de sesiones de seguimiento o de prevención de recaídas. El 33% de los asistentes encontraba que le había ayudado a reconocer más profundamente y poner nombres a algunos sentimientos que hasta el momento desconocía, así como a conocerse e intentar autorregular sus emociones.

- Herron, J., Evans, P., Austin, E., Coady, G., O'Hare, J., Magill, J., (2010). ***“Emotional intelligence and academic performance in medical students”***. Universidad de Glasgow y de Edimburgo, Reino Unido. Estudiantes de medicina completaron un cuestionario validado de 41 preguntas sobre IE, empatía y cinco principales rasgos de la personalidad: escrupulosidad, agradabilidad, neuroticismo, apertura y extroversión. Un total de 94 estudiantes completaron correctamente el instrumento. Los datos fueron analizados y relacionados con resultados académicos obtenidos en los trabajos del curso y en el MILE (Medical Independent Learning Exercise). Los datos mostraron que la escrupulosidad está significativamente unida a la actividad académica; ninguno de los cinco rasgos de la personalidad, IE o empatía fueron encontrados significativamente estadísticos al correlacionarlos con la actividad académica. La IE se correlacionó significativamente con la

empatía, agradabilidad, apertura, extroversión y escrupulosidad. El neuroticismo se correlacionó negativamente con la IE. La escrupulosidad es un predictor positivo de éxito académico; esto sugiere que el actual currículo médico recompensa la escrupulosidad y descuida otros rasgos de la personalidad importantes como la apertura y agradabilidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los estudiantes de medicina [hombres y mujeres] que rotan por el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, así como en los médicos residentes de ambos sexos y personal de enfermería, se evidencia la falta de inteligencia emocional porque no hay conciencia real de la propia persona, lo cual se hace notar porque no tienen autodominio, empatía, ni compasión por el otro como auténtico otro, se soslayan las emociones, no se interpretan las emociones de los demás, por lo que no se colocan éstas en el centro de las aptitudes para vivir. Además no se practica el arte de escuchar, se eluden las responsabilidades, no se resuelven los conflictos, hay muchas emociones negativas y destructivas por lo que se adoptan actitudes defensivas en donde se dan múltiples excusas para realizar los diferentes quehaceres diarios intrahospitalarios (Morales-Linares, J., 2005).

Lo anterior conduce a que no se trabaje cooperativamente, no se trabaja en equipo, no se manejan las relaciones intro, intra e interpersonales, mucho menos se crean ni preservan las relaciones individuales y sociales en beneficio de la relación médico-paciente enfermera-familia, generando aumento de las frustraciones individuales y colectivas haciéndose éstas acumulativas. Además no se valora la oportunidad del aprovechamiento de la diversidad como oportunidades reales de aprendizaje, no se ventilan las quejas como críticas útiles, se desconoce la forma correcta de expresarse productivamente contra el prejuicio; no hay aptitudes humanas, ni empatía emocional; hay mucha crítica peyorativa a la expresión de las emociones expresadas y sentidas, lo que conduce finalmente a que no se escucha al otro en forma asertiva, incomprendiéndose el entorno de todos los que rodean las múltiples situaciones de vida que se presentan diariamente (Morales-Linares, J., 2005).

La falta de inteligencia emocional se evidencia también en la falta de expresividad de las emociones de todos los participantes de las diferentes situaciones de vida intrahospitalaria, en donde no hay una comunicación real del sentir, no se toma conciencia de la existencia del otro de forma real sino únicamente de manera formal, lo que también se traduce en fracaso en la relaciones a corto y mediano plazos porque no se generó la empatía necesaria para crear y estrechar relaciones amistosas desde el punto de vista profesional.

La falta de inteligencia emocional no permite que se busquen alternativas para mejorar las circunstancias del entorno y mucho menos las del contexto, no centrándose en los detalles de las diferentes situaciones que se presentan, no se es específico (a), no se reflexiona, no se ofrecen soluciones, ni se acepta la retroalimentación para aprender de las experiencias, no permitiéndose además ver las situaciones desde otra dimensión lo que proporcionaría más elementos de juicio para ver las cosas desde otra perspectiva.

Como se evidencia la persistencia de actitudes negativas, es realmente difícil eliminarlas, persistiendo ciertos estereotipos no proactivos, ni creativos para mejorar las múltiples relaciones con los pacientes, los familiares de éstos, las enfermeras, los médicos y estudiantes de medicina, manteniéndose una serie de estereotipos negativos que hace que las personas no se desarrollen ni se perciban como emprendedores, por ende no se vive en armonía individual ni colectiva, lo que afectan las relaciones individuales, familiares y sociales (Goleman, D., 2000).

Como no hay pasión ni entrega porque no hay convicciones básicas se pierde el optimismo, no se observa el talento por lo que se pierde el aprovechamiento del mismo, lo que redundando finalmente en la falta de eficacia, de eficiencia en las múltiples labores y tareas que se desarrollan

dentro del ambiente hospitalario; lo anterior se traduce en la falta de éxito con persistencia del conformismo, mantenimiento de las decisiones tradicionales con las respectivas actitudes, sin generarse nuevos y alternativos espacios en donde se evidencien cambios significativos para un aprendizaje distinto (Aquino-Matus, J., Morales-Linares, J., 2010).

La formación médica actual no incluye la preparación de sus estudiantes en este tipo de inteligencia, porque se orienta más específicamente a la inteligencia académica sobre la adquisición y memorización de conocimientos, olvidando la importancia del descubrimiento, la reflexión y significación de éstos. Además, como en la formación académica no se tienen conocimientos sobre las emociones sentidas, el currículo no las incluye como eje central o prioritario de la formación humana médica, sino pasa a ser secundaria, a un tercer plano, es decir no se valora la práctica de valores humanos (Aquino-Matus, J., Morales-Linares, J., 2010).

No hay una madurez emocional, lo cual se manifiesta en actitudes donde se practican constantemente las emociones del prejuicio, la cero tolerancia y la falta de interés por aprender algo más acerca de las emociones reales que se dan en las interacciones con los pacientes y familiares de los mismos; dichas relaciones carecen de la falta de voluntariedad para ayudar porque el ambiente es frío y hostil por falta de calor humano; aspectos que se desconocen porque nunca se practicaron de verdad en la realidad real de la práctica médica hospitalaria y se han transferido de generación a generación con el transcurrir de los años (Aquino-Matus, J., Morales-Linares, J., 2010).

Desde el punto de vista facultativo no hay preocupación por este problema, porque no interesa, atribuyéndose esto a la formación familiar, escolar, por lo que no hay tiempo en las aulas universitarias para dicha formación por lo que no se permite tomar conciencia de estos aspectos; dándose entonces prioridad a la formación exclusivamente de conocimientos meramente

científicos y académicos sobre el funcionamiento del cuerpo humano (Morales-Linares, J., 2005).

Se plantea como problema de investigación la falta de inteligencia emocional en el trabajo y ambiente intra hospitalario lo que influye en la poca preocupación por el otro en la relación médico-paciente-estudiante-familia-enfermera, lo cual se convierte en un aspecto sustancial para la formación de los futuros profesionales en el campo de la salud.

Las preguntas de investigación son las siguientes:

¿Existe en la formación profesional del médico de pregrado y postgrado, así como en el personal de enfermería un espacio educativo dedicado expresamente a la formación en inteligencia emocional?

¿Cuáles son las competencias de aprendizaje necesarias que necesitan implementarse dentro de la formación médica del estudiante de pre y postgrado, así como en enfermeras para aplicar la inteligencia emocional en los distintos ambientes de práctica con pacientes, médicos, familiares de éstos, enfermeras y demás personal de servicios de salud?

¿Cuáles estrategias de aprendizaje se necesita incorporar en la formación del estudiante de medicina y de enfermería para que desarrollen la inteligencia emocional?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Contribuir a la formación educativa de los estudiantes de medicina[hombres y mujeres] y del personal de enfermería a que desarrollen inteligencia emocional para que mejoren la comunicación, así como la empatía con los pacientes, familiares, médicos y personal de salud en los distintos entornos hospitalarios, buscando formar mejores profesionales con la respectiva repercusión benéfica para la salud de los pacientes.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar el estado actual de la formación educativa en inteligencia emocional de los estudiantes de medicina de pregrado y postgrado, así como de las enfermeras para conocer el grado de formación de dicha inteligencia dentro de la carrera médica.
- ✓ Descubrir la competencia fundamental que necesita implementarse dentro de la formación médica y de enfermería para aplicar la inteligencia emocional en su entorno médico.
- ✓ Identificar las estrategias de aprendizaje necesarias en la formación del médico y enfermera para que desarrollen la inteligencia emocional.
- ✓ Proponer varias estrategias de aprendizaje para desarrollar la formación en inteligencia emocional en los estudiantes de medicina y enfermería.

4. JUSTIFICACIÓN

No existe investigación alguna en Guatemala que aborde la investigación sobre inteligencia emocional en los estudiantes de medicina de pregrado y postgrado, así como en enfermeras quienes se encuentran desempeñando labores dentro del hospital porque todas las evaluaciones de este tipo son realizadas antes de ingresar a la carrera de medicina y de enfermería en donde las unidades respectivas pasan los exámenes psicológicos y psicométricos en donde indican si existe o no algún problema emocional, psiquiátrico para lo cual el estudiante podría tener alguna enfermedad que imposibilitara cursar la carrera respectiva.

Cuando los estudiantes están haciendo la práctica intra hospitalaria a partir del cuarto año de la carrera ya han recorrido el 50% de la misma y como todo este proceso se desarrolla a un ritmo acelerado de incremento de trabajo para atender a los pacientes por parte de los estudiantes de pregrado, los médicos residentes (estudiantes de postgrado) y las enfermeras, se olvidan cómo se está desarrollando la relación médico-paciente-enfermera en los diferentes servicios del hospital, en los distintos horarios de atención, y con pacientes de todo tipo (Morales-Linares, J., 2005).

Lo anterior se traduce en la falta de reconocimiento de las múltiples emociones por parte del mismo médico y/o enfermera, sin identificarlas ni comprenderlas; así también se viven dichas relaciones con los enfermos quienes se encuentran inmersos en un problema médico que los tiene hospitalizados, necesitados de apoyo no sólo médico sino físico, mental y emocional. El manejo médico de estas situaciones de vida requiere del reconocimiento claro, preciso de la inteligencia emocional porque pone a prueba una serie de valores personales, del trabajo real en equipo para un ser humano enfermo de parte de otro ser

humano que ayuda a proveer salud tratando de curar con compasión (Goleman, 2000).

Como se evidencia un problema real que se vive diariamente dentro de la práctica médica y de enfermería intrahospitalaria, se obtuvo información importante en donde se identificaron y reconocieron aspectos ausentes o débiles dentro de la formación en inteligencia emocional en los estudiantes de medicina de pre y postgrado, así como en las enfermeras, con lo cual se generaron estrategias de aprendizaje para que los programas de medicina puedan incluirlos en la formación de competencias en inteligencia emocional, ya que no las tienen, porque el máximo interés dentro de la práctica hospitalaria es practicar con los enfermos y no relacionarse con ellos de manera integral emocionalmente, porque no da tiempo, además de que se desconoce, se soslaya o bien no interesa dicho problema (Morales-Linares, J., 2005).

Actualmente la sección de Bienestar Estudiantil, así como la Unidad de Salud Mental, son los entes encargados de pasar las pruebas de evaluación psicológicas a los estudiantes de pregrado y postgrado respectivamente, incluyen únicamente las pruebas de IQ (OTIS) y de Personalidad. A nivel de postgrado incluyen una prueba sobre "*Manejo de Conflictos*", que les aporta el perfil de los y las aspirantes. Las pruebas son distribuidas para Guatemala por la Universidad del Valle. No realizan ninguna prueba que evalúe la inteligencia emocional en las estudiantes de medicina, únicamente van adecuando las mismas según niveles o actualizaciones que se publican en la revista Tea Ediciones (Gámez & Gaitán, 2010).

Esta investigación se realizó en el área hospitalaria, tanto médica como académica lo que permitió tener acceso directo a los estudiantes de medicina de pre y postgrado, así también a las enfermeras; todos se encontraron en los distintos servicios médicos y quirúrgicos del hospital, por lo que fueron

abordados previa citación al auditorium para pasarles la prueba a cada uno de los participantes del estudio.

5. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Danhke (1986), el tipo de investigación que se realizó fue Descriptiva porque describimos la situación actual del grupo objetivo en cuanto a la formación en Inteligencia Emocional; investigamos el comportamiento de dicho fenómeno en un grupo objetivo de seres humanos que efectúan servicio (atención a personas enfermas) intra-hospitalariamente, léase estudiantes de medicina de pregrado y postgrado, así como personal de enfermería. De acuerdo al nivel de profundidad el tipo de investigación fue **Descriptiva**, porque identificó el comportamiento de un fenómeno, en este caso *“el nivel de inteligencia emocional”*. Lo alternativo de la investigación radicó en la intervención deliberada del investigador para explorar el comportamiento de un grupo específico de ocho estudiantes expuestos ante una serie de entornos distintos con la aplicación de estrategias de aprendizaje alternativas que los motivaron a identificar y conocer emociones que produjeron en ellos cambios de actitud (Monzón, 2000).

Según el grado de aplicabilidad, la investigación fue **Aplicada** porque intentó encontrar respuestas para producir modificaciones en la realidad intrahospitalaria, partiendo de las respuestas vertidas por los médicos residentes, estudiantes de medicina y personal de enfermería. Por el origen de los datos la investigación fue **De Campo**, porque se realizó obteniendo información directa de los seres humanos que atienden pacientes en el hospital (Monzón, 2000).

De acuerdo al grado de participación de la población, esta investigación fue **Participativa**, porque una vez concluida la investigación y aprobado el Informe

Final, se entregarán los informes a los participantes, así como a las instituciones que los respaldan, léase Facultades de Medicina de las Universidades, Escuela de Enfermería, Unidad de Salud Mental y Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.

La meta final de esta investigación fue en la transformación estructural y mejoramiento del nivel de vida de los seres humanos participantes. Los beneficiarios fueron no sólo los estudiantes de pre, postgrado y personal de enfermería sino los pacientes. Y por la intervención de la variable tiempo, la investigación fue **de Corte Transversal**, el proyecto se autorizó en noviembre del 2010 y la recolección de los datos se efectuó en el mes de enero del año 2011; se realizó en un mes determinado con los estudiantes que estuvieron rotando en dicho momento en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt (Monzón, 2000).

6. VARIABLES

6.1 Inteligencia Emocional

6.2 Estrategias de Aprendizaje

6.3 Competencias Emocionales

6.1 Inteligencia Emocional

DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
La capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo en los demás (Goleman, 2000).	La capacidad de reconocer nuestros sentimientos y los de los demás, para motivarnos y manejar adecuadamente las emociones, tanto en beneficio propio como en nuestras relaciones (Goleman, 2000), evidenciando las en las relaciones médico – paciente enfermera – familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer las propias emociones. 2. Manejar las propias emociones. 3. Mantener la propia motivación. 4. Reconocer emociones en los demás. 5. Crear relaciones sociales. 6. Atención emocional 7. Claridad de Sentimientos 8. Reparación emocional <p>(Fernández & Ramos, 2001)</p>	Cuestionarios y Escalas validadas	<p>TMMS-24 (Salovey,2005)</p> <p>Cuestionario Incidentes Críticos (Varar, 2001)</p>

6.2 Estrategias de Aprendizaje

DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Conductas usadas por los aprendices para promover la adquisición, almacenamiento, retención, recuperación, y uso de la nueva información. (9)	Procedimientos que deben enseñarse de manera explícita en el contexto de las asignaturas que forman parte del currículo; las mismas permiten que los estudiantes sean más autónomos en su aprendizaje, regulen sus esfuerzos y tareas, elevando así su papel protagónico, propiciando que aprendan a aprender. (9)	1. Reflexión acerca del caso clínico presentado con retroalimentación positiva de la experiencia vivenciada. 2. Generación de Nuevas preguntas que relacionen el tema con el caso clínico y el entorno. 3. Comprensión clínica, quirúrgica y fisiopatológica del enfermo. 4. Revisión de la evidencia científica para encontrarle sentido al proceso morbido del enfermo. 5. Investigar más al paciente. 6. Documentar las experiencias para promover el aprendizaje significativo.	1. Presentación en Power Point de casos clínicos. 2. Lectura de literatura relacionada con el caso clínico. 3. Momentos cumbre para la reflexión del aprendizaje individual y grupal diario al finalizar cada sesión. 4. La Observación.	1. Instrumento de evaluación del caso clínico. 2. Instrumento de evaluación del Texto Paralelo

6.3 Competencias Emocionales

DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>Características Personales que diferencian a las personas con desempeño superior. (Vara, 2001)</p>	<p>El Estudiante posee habilidades sociales, capacidad de gestionarse así mismo, motivación, conciencia de sí mismo y comprensión de las propias emociones. (Vara, 2001).</p>	<p>1. Posee los saberes fundamentales para resolver problemas en su entorno. 2. Posee las habilidades y destrezas para resolver problemas y pensar de manera empática con todos los seres humanos interactuantes del entorno hospitalario. 3. Posee las actitudes y valores necesarios para resolver problemas en su entorno.</p>	<p>1. Discusión grupal de Casos clínicos reales. 2. Presentación Del manejo clínico acerca de la enfermedad del paciente. 3. Observación las actitudes en el abordaje clínico y terapéutico de la enfermedad del paciente. 4. Auto evaluación del aprendizaje adquirido.</p>	<p>Diario que recopilará las experiencias obtenidas en las sesiones por parte del profesor mediante la observación.</p>

7. METODOLOGÍA

7.1 Métodos

- ✓ **Deductivo:** porque hicimos inferencias a partir de las evidencias identificadas durante el proceso de la investigación.
- ✓ **Descriptivo:** porque describimos situaciones y eventos como se encontró la formación educativa en inteligencia emocional en los diferentes grupos de estudio.
- ✓ **Transversal:** porque seleccionamos un grupo de estudio, lo investigamos a través de dos pruebas y luego, creamos un ambiente a través del cual se generaron las condiciones mínimas para la práctica de la inteligencia emocional en un grupo objetivo de estudiantes para identificar elementos formativos de inteligencia emocional. Además se realizó durante un periodo de tiempo previamente estipulado con el apoyo de estudiantes, médicos, residentes y enfermeras; luego de la aprobación del proyecto de investigación (Monzón, S., 2000).
- ✓ **Mixto:** porque combinó dos tipos de enfoques: cuantitativo porque planteó un problema de estudio delimitado, concreto; así como cualitativo porque presentó el desarrollo natural de sucesos con una perspectiva interpretativa que surgió del significado de las acciones principalmente de los seres humanos y sus instituciones (Hernández, R., 2006).

7.2. Técnicas

- ✓ Escalas validadas
- ✓ Presentaciones de casos clínicos
- ✓ Investigación mediante lectura de revistas médicas
- ✓ Reflexión en momentos cumbre

- ✓ Observación
- ✓ Grupos de discusión con estudiantes
- ✓ Auto-evaluación.

7.3 Procedimientos

- ✓ A todo el grupo de estudiantes [hombres y mujeres] de pregrado, así como a los médicos y médicas residentes de postgrado y enfermeras, que rotaron por el Departamento de Cirugía, se les pasaron los siguientes instrumentos de evaluación sobre Inteligencia Emocional, en un momento y día determinado por el investigador:
 - ✓ TMMS-24 (Trait-Meta Mood Scale) (Salovey, L., 1995). [*Ver Anexo I*].
 - ✓ Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) (Vara, R., 2001). [*Ver Anexo III*].
- ✓ Se procesaron y clasificaron los resultados de cada instrumento pasado a todos los estudiantes distribuyéndolos de acuerdo al grado que estaban cursando: cuarto, quinto y sexto años; se distribuyeron también, según Universidad, luego se analizaron los resultados obtenidos de acuerdo a la escala específica previamente validada.
- ✓ Se procesaron y clasificaron los resultados de cada instrumento pasado a todos los médicos residentes distribuyéndolos de acuerdo al grado de residencia que estaban cursando, luego se analizaron los resultados obtenidos, de acuerdo a una escala específica previamente validada. [*Ver Anexos II y IV*].
- ✓ Se procesaron y clasificaron los resultados de cada instrumento pasado al personal de enfermería distribuyéndolos según el nivel: Enfermera Auxiliar, Graduada, luego se analizaron los resultados obtenidos, de acuerdo a la escala específica previamente validada.

- ✓ Por aparte, se seleccionó un subgrupo de 8 estudiantes de pregrado de cirugía durante un mes específico, a quienes se les dió unas guías de trabajo, que a la vez son los instrumentos de auto evaluación [Ver Anexos V y VI], para elaborar un caso clínico y un texto paralelo con el objetivo de construir un material durante el transcurso del mes. En las diferentes sesiones diarias se procedió a discutir y reflexionar grupalmente acerca del caso clínico de cada estudiante partiendo de las investigaciones que cada uno de ellos iba realizando, involucrando aspectos relacionados con: empatía, intuición, comunicación, emociones, principios quirúrgicos, liderazgo, consentimiento informado, expediente médico, valores, cirugía, medicina, medio ambiente, familia, anatomía, relato de experiencias médicas, fisiopatología, los cuales fueron surgiendo de acuerdo al caso clínico presentado por el estudiante; finalizando la sesión con un proceso de retroalimentación a lo interno del grupo identificando los principales momentos de intro-aprendizaje, inter-aprendizaje y entre-aprendizaje (13).

- ✓ Se trabajaron las siguientes estrategias de aprendizaje con este subgrupo de ocho estudiantes:

- ✓ Sesiones de discusión dirigidas con los estudiantes en forma grupal en la cual ellos presentaron sus casos clínicos seleccionados por ellos mismos, los cuales fueron presentados de acuerdo al instrumento que incluye la Guía específica.

- ✓ El Texto Paralelo, recopiló toda la información vivenciada durante el mes calendario trabajado con ellos y que incluyeron las experiencias de los alumnos, léase videos, fotografía, mensajes motivaciones; la bitácora recopiló todos los procedimientos y actividades diarias intrahospitalarias realizadas, así como el

Tempo grama, que resumió todas las actividades, acciones que realizaron cada 24 horas dentro y fuera del hospital.

- ✓ Autoevaluación de los estudiantes, de acuerdo al instrumento que incluye la Guía específica.
- ✓ Se revisaron los materiales presentados por los ocho estudiantes, se agruparon, tabularon, analizaron y luego se reflexionó acerca de los resultados obtenidos en los diferentes materiales solicitados, clasificándolos de forma cualitativa así: conocimientos quirúrgicos, experiencias, imágenes, videos, bitácora, música, mensajes y tempo grama.
- ✓ Se recopiló toda la información obtenida de los estudiantes que fueron seguidos durante un mes y se identificaron elementos clave dentro de la formación educativa relacionada con la inteligencia emocional que se evidenciaron durante la presentación de los resultados.
- ✓ El trabajo de los ocho estudiantes se guardó en un DVD o memoria USB bajo carpetas individuales con el producto que cada uno de ellos elaboró durante el mes de la investigación.
- ✓ El profesor llevó un diario en donde anotó las vivencias, observaciones y experiencias producto de las distintas sesiones que realizaron durante el mes, identificándolas con la fecha respectiva, tratando de ser lo más minucioso y meticuloso posible, incluyendo opiniones relevantes, actitudes, experiencias cumbre, conocimientos importantes adquiridos dentro y fuera de los quirófanos, servicios médicos, consultas externos y turnos; así también las reflexiones, mensajes motivacionales, videos, melodías, comentarios sobre películas vistas, sobre todo la síntesis de aprendizaje individual y la reflexión grupal [ver Anexo VII].

7.4 Instrumentos:

- ✓ TMMS-24 [*ver Anexo I*]; (Fernández, P., Ramos, N., 2001).
- ✓ Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC). [*Ver Anexo III*].
- ✓ Guía de Presentación del Caso clínico e Instrumento de Auto Evaluación [*ver Anexo V*].
- ✓ Guía de Presentación del Texto Paralelo e Instrumento de Auto Evaluación [*ver Anexo VI*].
- ✓ Diario de Recopilación de Experiencias del Profesor [*ver Anexo VII*].

8. POBLACIÓN Y MUESTRA:

- 8.1 Los sujetos de la investigación estuvieron conformados por estudiantes de medicina rotando por el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt en el mes de enero del año 2011.
- 8.2 Los estudiantes de medicina que participaron pertenecían al pregrado: cuarto, quinto y sexto años.
- 8.3 Los médicos residentes de cirugía que participaron pertenecían al postgrado encontrándose en los años primero, segundo, tercero y cuarto, al mes de enero del año 2011.
- 8.4 Los estudiantes de medicina pertenecían a las Facultades de Medicina de las Universidades San Carlos (USAC), Mariano Gálvez (UMG) y Rafael Landívar (URL).
- 8.5 Se seleccionó al grupo de enfermeras asignadas al servicio de Cirugía de Mujeres perteneciente al Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, incluyéndose enfermeras graduadas y auxiliares, al mes de enero del año 2011.
- 8.6 Se seleccionó un subgrupo de 8 estudiantes de cirugía que rotaron por el Departamento de Cirugía durante el mes de enero del año 2011, asignados conforme a la rotación específica con el Dr. Julio Morales, por la Coordinación Del Externado de Cirugía del Hospital Roosevelt.

ESTUDIANTES DE PREGRADO	98
ESTUDIANTES DE POSTGRADO	34
ENFERMERAS	20
TOTAL	152

- 8.7 Criterios de la Selección: asignado como médico Jefe de Servicio de Cirugía de Mujeres y perteneciendo al Staff de médicos del Departamento de Cirugía; en el servicio rotaron estudiantes de medicina y médicos residentes (enero del año 2011). Se obtuvo la aprobación del personal de enfermería, coordinador de pregrado y postgrado de cirugía, así como con el Jefe del Departamento de Cirugía.

9. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

9.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL

Desde el modelo teórico de Salovey & Mayer (1993, 1997) la inteligencia emocional es concebida como una inteligencia genuina basada en el uso adaptativo de las emociones, de manera que el individuo pueda solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio que le rodea. Desde esta primera conceptualización los autores desarrollan su modelo teórico y lo publican en 1997, convirtiéndose en el modelo teórico con mayor rigor científico. Definen la inteligencia emocional como *“la capacidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la capacidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la capacidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual”*. Los autores plantean el modelo como un conjunto de habilidades que abarcan desde los procesos psicológicos más básicos (percepción de las emociones con exactitud) hasta los más complejos (regulación de las emociones y promoción del crecimiento emocional e intelectual). Así, se trata de un modelo jerárquico en el que son necesarias las habilidades más básicas para llegar a las más complejas.

Inteligencia Emocional (IE) es un término que refleja la fusión del corazón y la razón. Se define como la capacidad de reconocer, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás. Es una habilidad que implica tres procesos:

Percibir: Reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.

Comprender: Integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.

Regular: Dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

Estas habilidades están enlazadas de forma que para una adecuada regulación emocional es necesaria una buena comprensión emocional y, a su vez, para una comprensión eficaz requerimos de una apropiada percepción emocional. No obstante, lo contrario no siempre es cierto. Personas con una gran capacidad de percepción emocional carecen a veces de comprensión y regulación emocional.

El concepto de regulación emocional se halla estrechamente relacionado con los de “*afrentamiento*” y “*mecanismo de defensa*”. ¿En qué se diferencian éstos? Dichos conceptos, pese a haber sido propuestos desde perspectivas teóricas muy diferentes, tienen algo fundamental en común: ambos designan los diversos esfuerzos de la persona para librarse de experiencias emocionales desagradables. Aquí residiría precisamente la diferencia fundamental con el concepto de regulación emocional. Este hace referencia a todo tipo de emociones, no limitándose a las negativas. Aunque la diferencia pueda parecer poco importante, el concepto de regulación emocional supone una nueva perspectiva de análisis. Esta nueva perspectiva más amplia, permite una visión más comprensiva del manejo de las emociones, corrigiendo anteriores visiones excesivamente centradas en las emociones negativas y en situaciones más o menos traumáticas y patologizantes, y arroja nueva luz sobre, entre otros aspectos, los muy diversos modos en que podemos regular las emociones en la vida cotidiana (Etxebarria, 1999).

La IE se diferencia de la inteligencia social y de las habilidades sociales en que incluye emociones internas, privadas, que son importantes para el crecimiento personal y el ajuste emocional. Los aspectos personal e interpersonal también son bastante independientes y no tienen por qué darse de forma concatenada. Tenemos personas muy habilidosas en la comprensión y regulación de sus emociones y muy equilibradas emocionalmente, pero con pocos recursos para conectar con los demás. Lo contrario también ocurre, pues hay personas con

gran capacidad empática para comprender a los demás, pero que son muy torpes para gestionar sus emociones (Fernández, P., & Ramos, N., 2001).

La IE como una habilidad que es, no se puede entender tampoco como un rasgo de personalidad. En este sentido las personas con cierto tipo de personalidad desarrollarán con más o menos facilidad, con mayor o menor rapidez, sus habilidades emocionales. Finalmente, el ser humano, no es la suma de las partes, sino una fusión que convive de forma integrada.

La IE ha cobrado una gran relevancia social al constatarse en diferentes investigaciones que el éxito personal y profesional no depende del cociente intelectual (CI) de las personas, ni de sus destrezas lógico-matemáticas, sino de su capacidad para saber, controlar y utilizar tanto sus propias emociones como las de su entorno. No obstante, la IE y el CI no están reñidos ya que existen personas que poseen las dos cualidades o tipos de inteligencia. Por ejemplo, en el mundo del trabajo es muy probable que nuestro CI determine a qué tipo de profesión podemos optar, pero el éxito en nuestra profesión va a depender de nuestra IE.

El niño posee desde muy temprano mecanismos básicos para expresar sus emociones y reconocer sentimientos en los demás. Los bebés tienen una especial sensibilidad a las expresiones de felicidad, tristeza o enfado que muestra su madre o las personas que lo cuidan. Si la madre lo mira y le sonrío, el bebé será capaz de responder con gestos parecidos y se molestará si la madre rompe el intercambio emocional. Incluso con dos meses son capaces de seguir con la mirada de su madre hacia un objeto, una cualidad que muy pocos primates poseen. En otras palabras, desde muy pequeños nos interesan más las personas que las cosas, y nos vinculamos con nuestros semejantes de una forma especial. Esta cualidad es muy elemental y primitiva, y no significa que nuestra capacidad para percibir emociones esté programada de forma innata. Más bien se trata de que poseemos las condiciones necesarias para alcanzar una comprensión, así como un conocimiento emocional cada vez más

elaborado, que necesita construirse paso a paso y en el que la interacción social desempeña un papel primordial (Goleman, D., 2000).

La comprensión emocional va más allá de expresar nuestras emociones y reconocer los sentimientos de las personas. Es un nivel mayor de complejidad que nos permite interpretar el significado de emociones complejas y su vinculación con el contexto y la situación en la que se han generado. En la vida real nos ocurre igual. No basta con percibir las emociones, debemos comprender la ocurrencia de emociones contradictorias y la ambivalencia emocional de muchas situaciones para entender lo que pasa. Pero la comprensión emocional no es un acto pasivo y reflejo, también se ve implicada en la toma de decisiones, en lo que se conoce como dilemas emocionales, los cuales nos encontramos a cada instante en nuestra vida y lo peor de éstos es que no tienen una solución correcta; no se trata de un acertijo de lógica o un crucigrama. Son elecciones con sus propios costes y beneficios, y cuya valoración es muy subjetiva, muy personal.

Las personas no queremos saber sólo si una persona está triste o enfadada, pretendemos buscar la causa, porque anhelamos darle sentido a su comportamiento. Todos somos detectives en el mundo de los sentimientos. Intentamos adivinar las intenciones, los deseos y las emociones reales de nuestros semejantes. Al igual que Sherlock Holmes, en una mezcla de intuición y lógica, razonamos hacia atrás investigando las causas de las acciones. Buscando en nosotros mismos, en nuestras experiencias pasadas y en nuestra imaginación modelos emocionales que den cuenta de lo ocurrido.

Los bebés de apenas unos días son capaces de mostrar indicios de empatía. Cuando escuchan llorar a otros niños, lloran también. Técnicamente se denomina "*contagio emocional*" y es sólo un bosquejo de lo que será su capacidad de comprensión emocional o empatía. Esta capacidad requiere un

desarrollo cognitivo para ser capaz de tener en cuenta la perspectiva del otro, para entender el punto de vista de la otra persona.

Las capacidades intelectuales no bastan para enfrentar situaciones problema, porque los conocimientos emocionales no están conectados con las capacidades intelectuales. Las emociones flotan como una mancha de aceite en el mar de sus razones sin diluirse nunca. La emoción intelectualizada es una caricatura de la unión del corazón y la inteligencia. Cuando nuestra comprensión emocional es auténtica se produce una verdadera simbiosis emocional entre el artista y el público.

No obstante, esta comprensión de los objetos emocionales no garantiza ni la empatía, ni la comprensión de situaciones interpersonales, ni siquiera la comprensión de nuestras propias emociones. Las emociones están tan intelectualizadas que cuando hablan sobre su vida parece que están hablando acerca de otra persona: no hay un ápice de emoción en sus palabras cuando describen lo que les ocurre.

Salir de ese círculo implica tener un conocimiento práctico y real de las emociones interaccionando con personas, dejando que las emociones nos afecten y entendiendo cómo reaccionamos de forma espontánea a cada una de ellas. Aprender a reconocerlas y a sentirlas para después en caso de que lo deseemos, cambiarlas hacia donde mejor nos guste.

Los modelos más complejos requieren de lo que se denomina meta volición o la capacidad de cambiar y regular mi deseo. Lo inteligente emocionalmente es saber reconocer esas situaciones, saber qué hacer y dónde acudir. Apreciar que los recursos no están siempre en nuestra mente, en nosotros mismos, sino en/con los demás. Desde el inicio de la civilización el hombre conoce el poder de las emociones y nunca ha dudado en utilizarlas con mayor o menor fortuna.

La visión que la sociedad ha tenido tradicionalmente de las emociones ha sido negativa, desde esta perspectiva, lo ideal es eliminar o contener las emociones: la persona sin emociones es libre para tomar decisiones. Esto es, la razón sin corazón. Una persona que niegue y reprima sus emociones obtendrá el efecto contrario: experimentará con más intensidad la emoción que intenta evitar, y su salud física y mental se verán afectadas. El hombre por su naturaleza biológica, psicológica y social es un ser emocional. Eso sí, un ser emocional que tiene que aprender a educar y dirigir sus emociones para que no se conviertan en un obstáculo (Martínez-Sánchez, Páez, D., Ramos, N., 2001).

La virtud, como dice Aristóteles, reside en saber en qué momento, con qué propósito, de qué modo y con quien debemos emocionarnos. La falta de una educación emocional explícita ha provocado una generación de analfabetos emocionales que luchan en la oscuridad contra sí mismos. Las personas al ignorar las emociones, al negarlas, al intelectualizarlas han logrado que cuando de forma inevitable se encuentran con ellas sean incapaces de canalizarlas de manera adecuada.

Por otra parte no debemos olvidar que lo más adecuado en algunas ocasiones es sentir y expresar las emociones de la forma más espontánea posible, con la ingenuidad y la frescura de un niño de cinco años. A veces la mejor opción consciente es no pensar y, simplemente, sentir dejándose llevar y traspasar por las emociones. A veces, lo mejor no es el modelo emocional más complejo, sino el más simple.

Siempre podremos rediseñar nuestras reacciones emocionales para convertirnos en lo que deseamos. Todos podemos ser los amos de nuestro presente. Para ello necesitamos asumir el pasado, para que sea una fuente de conocimiento y experiencias, y no un trastero desordenado con el que tropezamos a cada instante haciéndonos daño (León, I., 2001).

Según Goleman (2009), las cinco habilidades emocionales y sociales básicas son:

1. **Conciencia de sí mismo:** capacidad de saber lo que estamos sintiendo en un determinado momento y de utilizar nuestras preferencias para guiar la toma de decisiones basada en una evaluación realista de nuestras capacidades y en una sensación bien asentada de confianza en nosotros mismos.
2. **Autorregulación:** manejar nuestras emociones para que faciliten la tarea que estemos llevando a cabo y no interfieran con ella; ser conscientes y demorar la gratificación en nuestra búsqueda de objetivos; ser capaces de recuperarse prontamente del estrés emocional.
3. **Motivación:** utilizar nuestras preferencias más profundas para encaminarnos hacia nuestros objetivos, ayudarnos a tomar iniciativas, ser más eficaces y perseverar a pesar de los contratiempos y las frustraciones que se presenten.
4. **Empatía:** darse cuenta de lo que están sintiendo las personas, ser capaces de ponerse en su lugar y cultivar la relación y el ajuste con una amplia diversidad de personas.
5. **Habilidades sociales:** manejar bien las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones y las redes sociales; interactuar fluidamente, utilizar estas habilidades para persuadir, dirigir, negociar y resolver disputas; cooperar y trabajar en equipo.

Los educadores observan a diario que sus alumnos además de diferenciarse en su nivel académico, también difieren en sus habilidades emocionales. Estas diferencias afectivas no han pasado desapercibidas ni para sus padres, ni para el resto de compañeros de clase, ni tampoco para la ciencia. En la última década, la ciencia está demostrando que este abanico de habilidades personales influye de forma decisiva en la adaptación psicológica del alumno en la clase, en su bienestar emocional e incluso, en sus logros académicos y en su futuro laboral (Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., 2009).

- **INVESTIGACIONES: SITUACIÓN MUNDIAL**

Según Christopher Clouder y Belinda Heys, mencionan que el Reino Unido, Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte cuentan cada uno con sus propias políticas educativas. El sistema educativo de Inglaterra se preocupa por el cuidado y la educación de los niños y adolescentes, actualmente ocupa un lugar destacado en la agenda de gobierno. El programa SEAL (Aspectos Sociales y Emocionales del Aprendizaje) es una iniciativa promovida por el Gobierno y ofrecida a centros educativos en base a una aplicación voluntaria. Al menos el 60% de los centros de enseñanza primaria y el 15% de los de secundaria están actualmente utilizando este programa.

El aprendizaje social y emocional forma parte de las líneas obligatorias del plan de estudios nacional, como son la formación personal, social y sanitaria (conocida como PSHE), y la educación para la ciudadanía. Además, la promoción del bienestar emocional de los niños constituye un aspecto clave del movimiento Escuelas Promotoras de la Salud, otra iniciativa nacional que las escuelas pueden adoptar voluntaria y libremente.

Los medios de comunicación británicos habitualmente centran la atención pública en asuntos que afectan negativamente a la salud mental y a la conducta de los niños y adolescentes, tales como las presiones comerciales, los videojuegos y películas violentas, las estructuras familiares laxas y el elevado número de exámenes que a los niños de Inglaterra se les exige realizar durante su vida escolar.

Se han presentado experiencias, por ejemplo en un centro de enseñanza primaria en un área desfavorecida, uno de los institutos de educación secundaria piloto para la aplicación del programa SEAL, y una escuela independiente. Cada uno ha adoptado diferentes enfoques para el apoyo y promoción de las aptitudes y el bienestar social y emocional de sus alumnos.

Bo Dahlin investigó que el sistema escolar sueco se preocupa por la situación de la educación emocional y social en las escuelas de Suecia. En este país, los programas especiales para la adquisición de pericia emocional y social se asocian habitualmente con actuaciones contra el acoso o con la prevención del mismo. No se ha aplicado ningún programa SEL (aprendizaje social y emocional, por sus siglas en inglés) a nivel nacional, pero sí se están utilizando muchos de estos programas en diferentes escuelas del país. Sin embargo, todavía no se ha completado ninguna evaluación científica sistemática de estos programas en Suecia.

Se han tenido experiencias positivas en una escuela que cambió *“de ser la peor a convertirse en la mejor”* mediante la aplicación de varias innovaciones pedagógicas creativas e imaginativas orientadas a los aspectos sociales y emocionales de la educación. La experiencia ilustra, entre otras cosas, los beneficios de reunir recursos externos e instituciones en torno a la escuela, transformándola en un centro cultural para el vecindario. El segundo ejemplo resume algunos resultados de un estudio en el que se evaluó a las escuelas suecas Steiner Waldorf. La evaluación proporciona evidencias que sugieren que dichas escuelas cultivan una forma de educación social y emocional que obtiene buenos resultados. Los dos ejemplos ilustran formas directas e indirectas de educación emocional y social, basadas en valores y orientadas al desarrollo de sentimientos positivos.

Según Harm Paschen, la educación emocional y social se han abierto paso recientemente en muchas escuelas alemanas, aunque desde diversos enfoques y en distintos tipos de escuela. Existen varias razones que explican esta corriente, que incluye la violencia en las escuelas; la integración de los inmigrantes; la aceptación de la pluralidad; la necesidad de cultivar los sentimientos, las emociones y la empatía; o la preocupación por la salud física y emocional.

Se han seleccionado y trabajado en seis escuelas que presentan distintos modelos de trabajo en el marco de la educación emocional y social, todos ellos con enfoques y culturas pedagógicas diferentes. Estos enfoques están basados en recursos nacionales e internacionales, y sus estrategias han sido en cada caso una decisión personal por parte de cada escuela. Resultan eficaces en el sentido de que provocan cambios observables por parte de los profesores, las autoridades educativas, el público y los expertos, aunque de momento disponemos de poca evidencia científicamente demostrada que avale estos resultados.

Se presentan las *“olas educativas”*, término que se utiliza para señalar los ejemplos e inspiración de los casos prácticos estudiados; a pesar de que en Alemania no se dispone todavía de formación académica para el profesorado en el ámbito de la educación social y emocional. Según Fernández-Berrocal, la sociedad española ha experimentado en los últimos 50 años un crecimiento económico y social espectacular que ha modificado de forma radical todos los aspectos de la vida cotidiana de sus ciudadanos, con implicaciones tanto positivas como negativas. Esta complejidad de la sociedad española actual también se ha trasladado a la escuela, cuestionando sus funciones clásicas muy centrada en los aspectos intelectuales e incapaz de afrontar los nuevos retos del siglo XXI. En este sentido, los educadores españoles, al igual que sus colegas americanos y europeos, están preocupados por cambiar la escuela para dar respuestas a las crecientes demandas y necesidades de los alumnos e incluir los aspectos emocionales y sociales en el currículo escolar. Para comprender la situación actual del movimiento de la educación emocional y social en España, se han estudiado desde sus orígenes en los años 80 los desarrollos más recientes relacionados con la inteligencia emocional y la psicología positiva.

Según Linda Lantieri, el camino emprendido en los Estados Unidos durante las últimas décadas para implementar programas de calidad de aprendizaje

social y emocional (en inglés, se utiliza el acrónimo SEL, o Social and Emotional Learning), se ejecuta como parte habitual en la educación desde los cursos de infantil (kindergarten) hasta el 12º curso (17-18 años). Ha descrito los desafíos y barreras en el aprendizaje de los niños americanos en la actualidad en comparación con el pasado y por qué se está adoptando el aprendizaje social y emocional. Se han examinado las tendencias en la educación americana que han moldeado la política durante las últimas décadas y que han sentado las bases de este movimiento, así como la fundación de la organización llamada Collaborative for Social, Emotional, and Academic Learning (CASEL); así como las implicaciones del aprendizaje social y emocional cuando un estado, un distrito escolar y una escuela individual se comprometen en el desarrollo de esta agenda.

El estado de Illinois, en estados Unidos, fue el primer estado en adoptar una política para la incorporación del aprendizaje social y emocional en sus programas educacionales; el distrito escolar de Anchorage, en Alaska, que ha actualizado un modelo de aprendizaje social y emocional como parte básica de la misión de su distrito durante cerca de dos décadas; y la Escuela Pública 24 en la ciudad de Nueva York, una de las numerosas escuelas de Estados Unidos que han incorporado el aprendizaje social y emocional en todos los aspectos de su currículo y clima escolar.

✓ **ECOLOGÍA EMOCIONAL**

Dedicamos toda nuestra vida a entrenar nuestra mente: adquirimos conocimientos que nos enseñan a pensar, pero en el territorio emocional, en cambio, somos todos autodidactas, en mayor o menor medida. Hay quien considera las emociones como obstáculos que interfieren en nuestra dimensión racional. La Ecología Emocional (EE) sostiene que no es así y que las emociones son un lenguaje distinto y complementan.

Una mente inteligente pero desconectada de las emociones construiría mapas de decisión equivocados y peligrosos. Las emociones dan color al paisaje y sirven para orientar en el mundo: nos indican si la ruta que hemos elegido es adaptativa o destructiva (Sinay, S., 2008). A continuación se presentamos los siete principios de la EE:

1. **Autonomía Personal:** *“Ayúdate a ti mismo y los demás te ayudarán”.*
2. **Prevención de Dependencias:** *“No hagas por los demás aquello que ellos pueden hacer por sí mismos”.*
3. **Del Boomerang:** *“Todo lo que haces a los demás, también te lo hacen a tí”.*
4. **Reconocimiento de la individualidad y la diferencia:** *“No hagas a los demás aquello que quieres para ti. Pueden tener gustos diferentes”.*
5. **Moralidad Natural:** *“No hagas a los demás aquello que no quieres que te hagan a tí”.*
6. **Auto aplicación Previa:** *“No podrás hacer y dar a los demás aquello que no eres capaz de hacer ni darte a ti mismo”.*
7. **Limpieza Relacional:** *“Tener el deber de hacer limpieza de las relaciones que son ficticias, insanas y no nos dejan crecer como personas”.*

No somos responsables de lo que sentimos (las emociones no se eligen ni se planifican) pero sí de aquello que hacemos con lo que sentimos. Lo que importa es cómo se gestionan, lo que se hace con ellas. Escogemos nuestra actitud y conducta.

“Pensar que algo nos será dado sin que hagamos algo por ello y quejarnos por no recibirlo contribuye a la contaminación emocional”.

No busquemos la excusa de nuestras emociones que nos perjudican o perjudican a los demás en los hechos de los otros. Busquemos la causa, siempre, dentro de nosotros mismos porque ninguna emoción de ningún ser puede tener acción en nosotros si nosotros estamos protegidos por el escudo del amor y obramos en esa sintonía. Tú eliges que desees reflejar a tu entorno y eso mismo recibirás! Desde el amor y al servicio del amor, Refleja! (Sinay, S., 2008).

9.2 LAS EMOCIONES

¿Qué es una emoción? Son respuestas a sucesos o eventos especialmente relevantes para el sujeto, y en definirlos en términos de una serie de componentes. La emoción es una respuesta a acontecimientos relevantes para el sujeto, una respuesta a hechos que le afectan en aspectos fundamentales. En los seres humanos la relevancia de los eventos depende sobre todo del significado que la persona, desde sus valores, preferencias, metas, planes, expectativas, etc., otorga a los mismos. Tanto es así que podemos decir que las emociones nos radiografían; a menudo reflejan mejor que cualquier declaración de principios cuáles son nuestros verdaderos valores y preocupaciones.

¿De qué depende que un acontecimiento o un hecho determinado provoque una determinada emoción (miedo o rabia, orgullo o tristeza)? Depende de ciertos rasgos del evento. La interpretación de un mismo hecho, el significado que se atribuye al mismo, puede variar enormemente de una cultura a otra y de un individuo a otro. En conclusión, el hecho de responder con una emoción específica a un suceso determinado depende de que percibamos en él ciertos rasgos, lo cual a su vez está influido en buena medida por nuestros propios valores, deseos, metas previas, etc. La interpretación de los eventos desempeña un papel de primer orden en la emoción. Cuando los procesos mentales en marcha dan lugar a un cambio de la interpretación de los hechos, la emoción cambia sustancialmente.

Se suelen distinguir en la emoción una serie de componentes. El primero: la experiencia emocional subjetiva, la vivencia subjetiva de la emoción, lo que la persona siente en su fuero interno cuando reacciona emocionalmente, esa sensación especial que hace que nos sintamos emocionados, afectados por los

acontecimientos en un sentido u otro, y no simplemente apercebidos de lo que ocurre a nuestro alrededor. Junto a dicha vivencia a menudo podemos observar en las emociones –sobre todo cuando son intensas- reacciones fisiológicas de diverso tipo: cambios en la temperatura cutánea, el ritmo cardíaco, sudoración, etc. Por último, toda emoción conlleva una serie de tendencias expresivas y conductuales más o menos específicas, aunque no siempre se manifiesten en el exterior. En definitiva, si la razón nos ayuda a entender el mundo, la emoción, su hermana torpe, su acompañante molesta, no sólo nos indica –mucho antes que la razón pare a analizarlo- el significado de lo que sucede en relación con lo que realmente nos preocupa, sino que nos orienta sobre qué hacer al respecto (Etxebarria, I., 2001).

Las emociones son parte fundamental del ser humano, determinan nuestro comportamiento manifestándose a través del ajuste social, el bienestar y la salud del individuo. Se manifiesta mediante un triple sistema de respuesta: activación fisiológica, conducta expresiva y sentimientos subjetivos. Aunque no hay acuerdo sobre cómo se organizan este tipo de respuestas. Cuando evaluamos la respuesta emocional ante un acontecimiento encontramos que las correlaciones entre lo fisiológico, el comportamiento y lo subjetivo suelen ser bajas.

Las emociones cumplen diversas funciones, entre las que destacamos (Etxebarria, I., 1999):

✓ **Intrapersonales:**

Que permiten (a) coordinar los sistemas de respuesta subjetivos, fisiológicos y conductuales; (b) modificar el modo habitual de comportarse, activando conductas que pueden estar inhibidas normalmente. La emoción puede hacer que, en un momento, por encima del aprendizaje y la cultura, emerjan respuestas adaptativas. Además permiten proveer (c) un soporte fisiológico para conductas tales como la retirada y la lucha; (d) favoreciendo el proceso de la información,

facilitando al individuo infinitas posibilidades de acción para adaptarse a las demandas ambientales.

✓ **Interpersonales:**

(a) Permiten comunicar y controlar: la cara, los gestos, la voz y las posturas cumplen importantes funciones de comunicación de nuestro estado emocional a los otros. El valor de estas funciones es doble: nos permiten comunicar a los demás cómo nos sentimos y al mismo tiempo regulan la manera en que los demás reaccionan ante nosotros; (b) las emociones pueden facilitar la interacción social y al mismo tiempo la expresión de determinadas emociones puede provocar el rechazo por parte de otros individuos.

✓ **Las Emociones Motivan:**

Ante los eventos que implica la movilización de recursos (activación), por ejemplo, el miedo, presumiblemente, motiva a la acción para auto protegerse ante un acontecimiento, o para prevenir y anticiparnos a uno que podemos entender como potencialmente lesivo.

✓ **Las Emociones permiten comunicar:**

Información personal, así como comunicación con otros individuos mediante la expresión facial, el tono de voz, y otros signos, sobre nuestro estado afectivo. Desde esta óptica, la expresión de la emoción es funcional o disfuncional dependiendo de cuál es el valor de la información que se transmite al otro. Las emociones no sólo comunican a los demás cómo nos sentimos, sino que ante acontecimientos significativos actúan como un estímulo interno que alerta al organismo en torno a la necesidad de recabar información complementaria, por ello diversos tipos de situaciones están ligados a emociones específicas.

✓ **Las Emociones son un índice de señalamiento (valoración) de la Información.** Las emociones permiten que el sujeto valore un hecho como placentero o no. La sensibilidad emocional supone un proceso general de valoración, por el que las emociones pueden ser entendidas como procesos que señalan la relevancia de ciertos estímulos; estas

señales pueden ser relevantes para el bienestar del sujeto con relación a sus sistemas cognitivos y de acción. Además permiten detectar determinadas conexiones estímulo-respuesta y son señales relevantes (positivas o negativas) en torno a eventos que han ocurrido.

✓ **EMOCIONES CEREBRALES**

Los conflictos psicológicos y los eventos vitales dificultosos pueden afectar el funcionamiento hormonal, inmunológico y cardiovascular e incrementar el riesgo de enfermedades. A pesar de todas las incertidumbres, no se puede seguir ignorando por más tiempo la influencia que los distintos estados emocionales pueden ejercer sobre nuestra salud y estados físicos.

La neurociencia afectiva constituye, hoy en día, una disciplina muy novedosa, que cuenta con un campo propio y legítimo estudio que con métodos de análisis muy sofisticados está permitiendo comprender cómo se originan los sentimientos en el cerebro y cómo las emociones pueden afectar la salud y a la enfermedad (Puigcerver, A., 2001).

William James en su artículo publicado "*What is an emotion*" (1884), marca el comienzo de la investigación sistemática de las emociones, James consideraba que la sensación fisiológica (palpitaciones, temblores, sudoración, etc.) precedía a la experiencia emocional (al sentimiento) y, sin este componente fisiológico, no había emoción. Además concluyó que las respuestas físicas que acompañan a la emoción son la emoción y la importancia que para las teorías periféricas de la emoción tienen los estados físicos en las reacciones emocionales. Las intuiciones, para este autor, pasan a ser elementos fundamentales de los procesos de toma de decisiones (Rainea, A., 2001).

Walter Cannon y Phillip Bard (1927) formularon la teoría de las emociones según la cual las estructuras subcorticales (fundamentalmente talámicas) intervenían decisivamente en el control de las emociones; luego en 1930 existían suficientes pruebas indicativas que algunas estructuras del lóbulo

límbico (Broca, 1878) estaban claramente implicadas en el control de las emociones. El sistema límbico se popularizó en 1952 con la teoría especulativa Paul McLean (Agletton, J., 2003).

Luego en 1940 se realiza la primera operación que vincula claramente el sistema límbico con las emociones. Heinrich Klüber y Paul Bucy utilizando monos descubrieron que la extirpación quirúrgica del lóbulo temporal y del complejo amigdalino provocaba un llamativo Síndrome Comportamental caracterizado, entre otras cosas, inducir un estado de indiferencia afectiva. La neurociencia moderna considera que la corteza pre frontal y algunas estructuras del lóbulo temporal (como la amígdala y el hipocampo) son los territorios cerebrales de los que dependen los procesos emocionales normales y también los desequilibrios afectivos presentes en muchas enfermedades mentales. La amígdala es necesaria para el establecimiento del miedo condicionado, además que con sus numerosas conexiones que mantiene con algunos núcleos subcorticales implicados en la expresión de las emociones permite ejercer una función crucial en la interacción entre los mensajes sensoriales y la expresión de las mismas (Le Doux, J., 1996).

Una gran cantidad de datos experimentales tanto en humanos como en animales, implican la participación de la corteza pre frontal en el circuito que controla los afectos positivos y negativos, la parte ventromedial de ésta, parece ser crítica en el proceso normal de toma de decisiones. Además de que ejerce un importante papel en el razonamiento social y emocional (Davidson, R., 2000; Watson, D., 1995).

✓ **EL PROCESO EMOCIONAL**

La emoción, entendida fundamentalmente como un proceso, puede ser desencadenada tanto por condiciones internas como externas; tras la percepción de un desencadenante, se lleva a cabo el proceso de evaluación con funciones valorativas, se produce la activación emocional, compuesta por una

experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento, así como por cambios fisiológicos que dan soporte a la respuesta global del sistema.

Por su parte, las manifestaciones externas de la emoción, sus efectos observables, están mediados por el bagaje experiencial del que nos ha provisto la cultura y el aprendizaje, los cuales ejercen una importante influencia sobre las manifestaciones emocionales. De tal forma que las experiencias subjetivas que recogemos mediante auto informes pueden verse maximizadas e incluso reprimidas; de igual forma, este filtro repercute en las manifestaciones emocionales no verbales, en la conducta motora y en, menor medida, en las respuestas fisiológicas.

Las emociones pueden desencadenarse por muy diversas vías, tanto por procesos intrapersonales como interpersonales, en los que predominen bien los factores endógenos bien los exógenos, y más comúnmente la interacción de factores de origen neural, afectivo y cognitivo. Desde una consideración multicausal de las emociones, pensamos que entre los múltiples factores capaces de provocar emociones prevalecen los estímulos que poseen una dimensión adaptativa, ya que las emociones son el fruto de miles de años de evolución, donde los principios biológicos de la organización interactúan con los sociales y psicológicos.

La cultura ejerce también un importante papel mediador en los acontecimientos interpersonales e intrapersonales que anteceden a una emoción, ya que muchos de ellos son aprendidos socialmente. El desarrollo de procesos emocionales está ligado a la maduración de los mecanismos y estructuras neurales que sustentan la emoción. Será a lo largo del desarrollo cuando se estructuren, con el curso del aprendizaje y la propia historia personal, los patrones de evaluación y respuesta a las emociones, siguiendo el curso madurativo propio de nuestra especie (Goleman, D., 2003).

Las respuestas emocionales humanas son fenómenos multidimensionales que abarcan cogniciones (sentimientos, memorias, evaluaciones), reacciones viscerales, humorales e inmunológicas, gestos vocalizaciones y manifestaciones expresivas; orientaciones posturales y conductas manifiestas o combinaciones de éstas. Implican, por tanto, al organismo en su totalidad. En este sentido, una contribución importante al desarrollo de la psicología de la emoción fue la teoría propuesta por Lang, en la que se afirma que la emoción se expresa de manera casi simultánea mediante tres sistemas de respuesta. Los componentes de esta tríada se corresponden con las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras o conductuales.

La mayoría de las investigaciones apuntan a que las mujeres son más emocionales que los hombres; es muy posible que los varones y las mujeres aprendan diferentes reglas para la expresión de la emoción debido fundamentalmente a ciertos estereotipos culturales. En efecto, la expresión de la emoción parece estar más socializada encontrándose que los varones aprenden métodos efectivos del control de sus emociones que tienen una repercusión muy importante en el componente expresivo de la emocionalidad a modo de una mayor supresión de este tipo de respuestas (Etxebarria, I., 1999).

✓ **COMPETENCIAS EMOCIONALES**

David McClelland demostró que los conocimientos académicos y el cociente intelectual no predecían el buen desempeño en el puesto de trabajo, y definió el concepto de “*competencia*” como aquellas características personales que diferencian a las personas con desempeño superior; de otra forma, son rasgos personales o un conjunto de hábitos que llevan a un desempeño profesional superior, es decir, una habilidad que aumenta el valor económico que una persona realiza en el mundo laboral (Goleman, D., 2000).

Por esto la diferencia entre las cualidades requeridas para “*realizar trabajo*” y aquellas que caracterizan a los que lo llevan a cabo de una manera excelente es igual a la diferencia entre los requerimientos de conocimientos, habilidades y las competencias; por lo tanto el incremento de conocimientos no determina un mayor rendimiento laboral (Goleman, D.; 2009).

Posteriormente Howard Gardner publicó “*Frames of Mind*” en 1983, donde reflejó y clasificó las inteligencias múltiples: verbal, logro, matemática, espacial, social, musical, entre otras, señalando que la inteligencia social o interpersonal es diferenciadora del éxito en ciertas profesiones. Algunas son complementarias, otras sustitutivas, unas primarias porque es necesario tenerlas desarrolladas en cierto grado para poder obtener otras competencias. Mientras tanto, otras son conductoras, lo que implica tener mucha facilidad para obtener otras y las finales que se obtienen y desarrollan si se tienen otras.

Por todo ello quizá no podemos tener una cifra por persona, pero sí podemos evaluar y medir las competencias emocionales de forma individual, y también por ello podemos descubrir cuáles son las competencias emocionales que más utiliza una persona, saber cuáles son las prioridades de desarrollo, saber el por qué y cómo actúa una persona en un momento determinado, en definitiva saber dónde se puede mejorar, y con qué ocupaciones y tareas la persona se siente más satisfecha.

Basándonos en la experiencia de HayGroup, empresa de consultoría líder mundial en el campo de las organizaciones y los recursos humanos, existen básicamente tres herramientas muy útiles a la hora de medir la inteligencia emocional de las personas: 1] Assessment center, 2] Entrevista de incidentes críticos/focalizada y 3] Cuestionarios de competencias.

- ✓ **El Assessment Center** es una técnica que consiste en una batería de pruebas que simula las actividades del puesto de trabajo concreto y participan simultáneamente varios participantes.

- ✓ **La entrevista de incidentes críticos o focalizados**, consiste básicamente en preguntar a la persona sobre algún acontecimiento reciente donde haya desempeñado un papel de protagonista (historias profesionales). Las respuestas son historias abiertas no condicionadas. Esto provoca que las personas muestren de forma espontánea las conductas y comportamientos que suelen utilizar en su vida cotidiana. Estos comportamientos están asociados a competencias emocionales y por ello es relativamente fácil evaluar. Si queremos evaluar el capital intelectual de una persona, teniendo en cuenta las competencias emocionales, podríamos perfectamente utilizar otro tipo de historias: las personales. Esto es lícito dentro de la técnica, ya que partimos de la base de que la inteligencia emocional es consustancial a la vida de la persona, y se tiene o no se tiene (en un momento determinado), por ello da igual el tipo de antecedente que la persona cuente.
- ✓ **Los cuestionarios de competencias emocionales**, se utilizan para evaluar un gran número de personas, sin el acompañamiento de un profesional, se hace rápidamente. Puede utilizarse el enfoque Benchmarking de 360 grados o el de 180. Al tener el diagnóstico con las competencias emocionales se pueden tomar dos caminos: como empresarios, tomar decisiones de carácter laboral (seleccionar, formar y desarrollar); o bien como personas individuales, reflexionar sobre los resultados y solventar nuestras carencias. Recientes investigaciones mencionan que las personas sienten antes de pensar; es posible reajustar las reacciones de las personas a partir de las emociones (desaprender y aprender de nuevo); el reajuste cambia las conductas individuales y del equipo, y las nuevas conductas mejoran los resultados en el trabajo. Por lo tanto la inteligencia emocional puede desarrollarse y las mejoras conseguidas pueden mantenerse. Richard Boyatzis demostró que las competencias emocionales pueden desarrollarse como parte de la educación universitaria (Varar, R., 2001).

✓ **EL APRENDIZAJE DE LAS EMOCIONES**

El grado en que los trastornos emocionales puedan interferir la vida mental no es nada nuevo para los profesores. Los alumnos que se sienten ansiosos, enfurecidos o deprimidos no aprenden; la gente que se ve atrapada en esos estados de ánimo no asimila la información de manera eficaz ni la maneja bien.

Las emociones desagradables poderosas (ira, ansiedad, tensión o tristeza) desvían la atención hacia sus propias ocupaciones interfiriendo el intento de concentración en otra cosa. Cuando las emociones entorpecen la concentración lo que ocurre es que se paraliza la capacidad mental cognitiva que los científicos llaman “memoria activa”, la capacidad de retener en la mente toda la información que atañe a la tarea que estamos realizando. La memoria activa es una función ejecutiva por excelencia en la vida mental, que hace posible todos los otros esfuerzos intelectuales, desde pronunciar una frase hasta desempeñar una compleja proposición lógica (Casas-Fernández, 2010).

Por otra parte, consideramos el papel que ejerce la motivación positiva (el ordenamiento de los sentimientos de entusiasmo, celo y confianza) en los logros. Estudios realizados en atletas olímpicos, músicos de nivel mundial y grandes maestros de ajedrez, demuestran que el rasgo que los une es la capacidad de motivarse ellos mismos para llevar a cabo una rutina de entrenamiento implacable.

Lo que al parecer separa a quienes se encuentran en el nivel competitivo más elevado de aquellos que poseen una capacidad aproximadamente igual es el grado en el que, tras un inicio temprano puede perseguir durante años y años una rutina de entrenamiento. Y esa obstinación depende de rasgos

emocionales. **El entusiasmo y la persistencia ante los contratiempos por encima de los demás.**

La compensación añadida por el éxito que se obtiene gracias a la motivación, aparte de las habilidades innatas, puede comprobarse en el notable desempeño de los alumnos asiáticos en las escuelas norteamericanas y en las profesiones. Un profundo estudio de las evidencias sugiere que los niños norteamericanos de origen asiático pueden tener una ventaja en su C.I. (Coeficiente Intelectual) de solo dos o tres puntos con respecto a los blancos. Sin embargo, en el campo de las profesiones de la abogacía y la medicina a la que se dedican tantos norteamericanos de origen asiático, como grupo se comportan como si tuviese un CI más elevado.

La razón parece estar desde los primeros años de la escuela, los niños asiáticos trabajan más arduamente que los blancos. Se descubrió, luego de un estudio de más de 10.000 alumnos de secundaria, que los norteamericanos de origen asiático dedicaban un 40% de tiempo más que otros alumnos a las tareas escolares.

“Entre los asiáticos la actitud es que si no se desempeña bien lo que debe hacer es estudiar hasta altas horas de la noche, y si aun así, no obtiene resultados, debe levantarse temprano para estudiar. Creen que cualquiera puede desempeñarse bien en la escuela si hace el esfuerzo adecuado” (Goleman, D., 1988).

En resumen, una férrea ética cultural con respecto al trabajo se traduce en mayor motivación, celo y persistencia: una ventaja emocional. Por tanto, en la medida en que nuestras emociones entorpecen o favorecen nuestra capacidad para pensar y planificar, llevar a cabo el entrenamiento con respecto a una meta distante, resolver problemas y conflictos; definen el límite de nuestra capacidad para utilizar nuestras habilidades mentales innatas y así determinar nuestro desempeño en la vida. Y en la medida en que estamos motivados por sentimientos de entusiasmo y placer con respecto a lo que hacemos – o incluso

por un grado óptimo de ansiedad – esos sentimientos conducen a logros. Es en este sentido que la Inteligencia Emocional, como rectora en el manejo de la emociones, es una aptitud superior, una capacidad que afecta profundamente a todas las otras habilidades facilitándolas o interfiriéndolas (Casas-Fernández, 2010).

✓ APRENDIZAJE Y FLUJO

El psicólogo Mihaly Csikszentmihaly (1998) de la Universidad de Chicago, elaboró una teoría de la experiencia óptima basada en el concepto de *flujo*, el estado en el cual las personas se hallan tan involucradas en la actividad que nada más parece importarles: la experiencia, por sí mismo, es tan placentera que las personas la realizarán incluso aunque tenga un gran costo, por el puro motivo de hacerlo.

El concepto de flujo ha sido útil para los psicólogos que estudian la felicidad, la satisfacción vital y la motivación intrínseca; para los sociólogos que ven en él lo opuesto a la anomia y a la alienación, para los antropólogos que están interesados en el fenómeno de la efervescencia colectiva y los rituales. Algunos han extendido las implicaciones intentando comprender la evolución de la humanidad, otros para clarificar la experiencia religiosa. Pero el flujo no es únicamente un tema académico, a sólo unos pocos años después de su publicación, la teoría empezó a aplicarse a una gran variedad de cuestiones prácticas. Siempre que el objetivo sea mejorar la calidad de vida, la teoría del flujo puede señalar el camino. Ha inspirado la creación de planes de estudio experimentales, la formación de ejecutivos de negocios, el diseño de productos para el ocio y los servicios. Todo eso ha ocurrido en el periodo de 20 años que han pasado desde la aparición en las revistas académicas de los primeros artículos acerca del flujo y parece que el impacto de la teoría va a ser aún mayor en los próximos años (Casas-Fernández,2010).

Ser capaz de entrar en el así llamado flujo es el punto óptimo de la Inteligencia Emocional, el flujo representa tal vez lo fundamental en preparar las emociones al servicio del desempeño y el aprendizaje. En el flujo, las emociones no sólo están contenidas y canalizadas, sino que son positivas, están estimuladas y alineadas con la tarea inmediata. Quedar atrapado en el aburrimiento de la depresión o en la agitación de la ansiedad significa quedar fuera del flujo. El sello del flujo es una sensación de deleite espontáneo, incluso de embeleso. Debido a que el flujo provoca una sensación agradable, es intrínsecamente gratificante. Es un estado en que la gente queda profundamente absorta en los que está haciendo, dedica una atención exclusiva a la tarea y su conciencia se funde con sus actos. La atención queda tan concentrada que la persona sólo es consciente de la estrecha gama de percepción relacionada con la tarea inmediata y pierde la noción. El flujo es un estado de olvido de sí mismo, lo apuesto a la cavilación y preocupación. En lugar de quedar perdida en una nerviosa preocupación, la persona que se encuentra en estado de flujo está tan absorta en la tarea que tiene entre manos que pierde toda conciencia de sí mismo y abandona la pequeñas preocupaciones – salud, las cuentas – incluso la preocupación por hacer bien las cosas de la vida cotidiana (Casas-Fernández, 2010).

Existen varias maneras de alcanzar el estado de flujo: (1) Concentrarse intencionalmente en una tarea a realizar. La concentración elevada es la esencia del estado de flujo. Serenarse y concentrarse lo suficiente para comenzar la tarea puede exigir un esfuerzo considerable y este primer paso exige cierta disciplina. (2) Cuando la persona encuentra una tarea para la que tiene habilidades y se compromete con ella a un nivel que en cierto modo pone a prueba su capacidad. (3) Y la gente parece concentrarse mejor cuando las exigencias son un poco mayores de lo habitual, y son capaces de dar más de lo habitual (Casas-Fernández, 2010).

9.3 LA COMUNICACIÓN

Investigadores norteamericanos, entre ellos Bateson, Birdwhistell y Hall (1952, 1959, 1989), proponen un concepto de comunicación entendido como “*sistema*” o proceso muy complejo que integra otros sistemas semióticos en conexión con el lenguaje: el para lenguaje, la kinésica, la proxémica, la cronémica y otros sistemas semióticos objetuales. Todos estos procesos están íntimamente relacionados con la emoción y los sentimientos humanos. Estos sistemas no verbales interactúan con el lenguaje propiamente dicho, y es la unión e interacción del conjunto de esos sistemas lo que tenemos que definir como acto comunicativo.

La esencia misma del lenguaje verbal es lógicamente la comunicación. El lenguaje no es un fenómeno aislado sino que actúa estrechamente relacionado con otros sistemas no verbales enmarcados en un contexto cultural. Para comprender el concepto de inteligencia emocional y todo lo que hace referencia a la expresión de los sentimientos y las emociones; entendemos que es prioritario un análisis básico del concepto de comunicación y del amplio campo de posibilidades y actuaciones del término comunicación no verbal (Gaya, J., 2001).

El concepto de “*comunicación*” es uno de los que ha recibido más definiciones a lo largo de la historia de las ciencias sociales. Tanto “*cultura*” como “*comunicación*” son conceptos que están extremadamente unidos, si se tiene en cuenta que “*cultura es todo*” y que “*todo comunica*”. Desde la antropología lingüística se acuerda definir la cultura como un cuerpo organizado de reglas o un sistema de modos de comunicación, donde el contexto desempeña un papel clave. Así ve la cultura como un estilo de vida total, adquirido socialmente, de un grupo de personas que incluye maneras pautadas de pensar, sentir y actuar (Gaya, J., 2001).

Desde la década de los cincuenta un grupo de investigadores agrupados bajo el nombre “*Escuela de Palo Alto*”, investigan para construir una teoría de la cultura que explique el fenómeno de la comunicación interpersonal entendida como niveles de complejidad de contextos múltiples y de sistemas circulares. Observan que la comunicación humana va más allá del mero acto de hablar consciente y voluntario, y parten de la creencia que hasta sin las palabras “*no es posible dejar de comunicarse*”. (Gaya, J., 2001).

La comunicación no se concibe como algo estático (una suma de sistemas), sino como un continuo dinámico (interactivo) de funcionamiento. Este aspecto dinámico e interactivo de la comunicación se refleja en las relaciones inter sistémicas e intra-sistémicas que mantienen los diferentes sistemas comunicativos; entendiendo la comunicación como un conjunto de sistemas en interacción y considerando que los sistemas no verbales interactúan con otros sistemas, entre los que contamos el lenguaje; de esta manera podemos incluir la comunicación no verbal como del fenómeno cultural (Capra, F., 2002).

No hay mejor instrumento para comunicarse que el lenguaje. Mediante las palabras conseguimos verter al exterior el contenido de nuestra intimidad, las experiencias emocionales son las más difíciles de comunicar y la dificultad obedece a que no es posible expresar con las palabras el amplio repertorio de matices que contienen las emociones. Hay personas que dominan el arte de la comunicación, saben qué decir y, lo que es más importante, cómo decirlo. Cuando tienen que dar una mala noticia o manifestar desagrado, encuentran las palabras adecuadas para que su interlocutor les escuche si sentirse dañado ni ofendido. La facilidad con la que conectan provoca en los demás una actitud colaboradora que les dispone a atender sus peticiones. Otras personas consiguen que los demás se sientan cómodos con ellos, hacen la comunicación tan fácil que a menudo sus amigos y compañeros les cuentan sus proyectos o sus preocupaciones más secretas (Gaya, J., 2001).

La clave de la comunicación reside en saber aprovecharse de estas normas explícitas, fuertemente ligadas a pautas culturales, que sirven de punto de partida para seleccionar qué decir, cómo decirlo y cuándo hacerlo. Las personas que se desenvuelven con éxito en situaciones comunicativas han ido asimilando en el curso de su vida estos elementos que sostienen la interacción y los han incorporado hasta formar parte de su conducta habitual. De modo que se comportan espontáneamente siguiendo pautas que favorecen una comunicación fluida y eficaz, en la que tanto emisor como receptor se sienten cómodos.

Una de las normas generales en toda situación comunicativa es adaptarse al nivel de conocimiento de la persona con la que se está conversando, sin olvidar que *“la conversación”*, es la forma más habitual de comunicación y el éxito de ésta depende de las decisiones tomadas por el hablante. La riqueza y, a la vez, la debilidad de las normas conversatorias reside en que son tan flexibles que se adaptan a múltiples contextos, y como señala Ortega y Gasset, nuestras palabras son en rigor inseparables de la situación vital en que surgen.

Gran parte de la habilidad comunicativa reposa en la destreza del hablante para reconocer los sentimientos e intereses de otras personas. Las personas que conectan fácilmente con otros se caracterizan por su sensibilidad a los signos emocionales y por la habilidad para responder a las necesidades de los demás. Para elegir las estrategias a seguir en un contexto interactivo es preciso reconocer las demandas e intenciones de los participantes. Esto requiere escuchar lo que otros expresan verbalmente, pero también ir más allá de las palabras e interpretar lo que se trasluce de sus gestos y actitudes, aunque no se exprese de modo explícito en ningún momento (Gaya, J., 2001).

Watzlawick (1967/1995), hizo célebre la idea de que es imposible dejar de comunicar porque cualquier gesto es interpretable. Incluso el silencio posee un matiz expresivo que, en ocasiones, llega a ser muy claro. Sin embargo, no todas

las personas son igualmente sensibles a los signos no verbales, a algunas personas les es difícil integrar la información procedente del tono de voz y los gestos.

Una norma a tener en cuenta en la comunicación es que lo expresado verbalmente sólo es una parte de lo que otra persona desea comunicar. El resto está contenido en los gestos, en el tono de voz, que acompañan una expresión. Por eso, es necesario prestar atención a los pequeños detalles que le restan armonía de conjunto a una emisión. Por lo que para entender cómo se siente otra persona o qué se esconde detrás de sus palabras es indispensable reconocer los sentimientos que uno mismo experimenta y qué reacciones provoca nuestro comportamiento en los demás (Ekman, P., 1997; Goleman, D., 2003). Para que la comunicación funcione es conveniente:

- ✓ Evaluar las condiciones de nuestros interlocutores: si están cansados o disgustados; si les interesa o entienden lo que decimos.
- ✓ Analizar nuestras expresiones y nuestras propias emociones.
- ✓ Ajustar nuestro comportamiento a la situación, a las personas participantes y las normas conversatorias.

Además es importante aprender a valorar la forma en que expresamos nuestros pensamientos o nuestras creencias y mucho más si se trata de nuestros sentimientos (Gimenez de la Peña, 2001). Un ejercicio saludable consiste en preguntarse si se han cumplido las tres reglas de oro:

1. **Sencillez:** tratar de decir lo que se quiere de la forma más simple posible. ¿Para qué poner excusas o hablar de razones de otros si son nuestras necesidades las que motivan nuestro comportamiento?
2. **Claridad:** Evitar la ambigüedad. Se han descrito miles de páginas glosando las consecuencias de malentendidos, de palabras que sólo a medias expresan la intención del hablante. Las personas elaboran su propia interpretación de las afirmaciones vertidas en el curso de una conversación y lo que juzgan como verdad objetiva puede ser sólo su

propia apreciación de la intención del hablante. Si se proporciona el marco de referencia adecuado y se rechazan elementos banales o confusos que distraigan al oyente, desaparecerán los obstáculos para que se entienda claramente la propuesta del hablante.

3. **Respeto:** Conciliar los intereses personales con los de aquellos con los que interactuamos, evitando causarles alguna ofensa o daño porque eso terminará revirtiendo en la relación. La claridad no implica que la forma en que se expone una idea descuide la cortesía. Más bien, al contrario, es lógico que la dureza de un argumento vaya paralela con la delicadeza de la explicación para que el receptor se sienta menos afectado y pueda activar sus resortes para reaccionar. Conviene tener presente que el objetivo es hacerse entender por lo que la cortesía cumple la función de mantener el carácter cooperativo de la comunicación. Si la otra persona confía en nosotros, y no piensa que se le está agrediendo, la respuesta a las opiniones que se expresan será más tolerante, y es poco probable que nos atribuya intenciones maliciosas. Además, si quiere ser cortés recuerde:

- 3.1 Hablar de acuerdo al estatus o el tipo de relación.
- 3.2 Respetar la intimidad.
- 3.3 Dejar espacio para que el otro se explique.
- 3.4 Reducir daños.

La comunicación es fruto tanto de las intenciones del hablante como de la actitud de la persona a quien va dirigido el mensaje. Las primeras quedan plasmadas en la forma en que se expresa un mensaje, la segunda gravita en torno a la habilidad del hablante para manifestar credibilidad y respeto. La escucha activa es muy importante. Las claves del éxito del vendedor probablemente residan en que han aprendido a utilizar los indicadores gestuales que le convierten en un buen oyente (Ekman, P., 1980). Las respuestas verbales son un elemento de indudable valor para que el hablante se haga una idea del efecto que ha causado en el interlocutor. No obstante, tal vez el recurso

más destacable puesto al servicio del oyente esté constituido por los gestos. La fortaleza expresiva de los gestos reside en que forman pautas arraigadas en la especie humana profundamente ligadas al ámbito de lo emocional, que provocan una respuesta automática, y a los que sólo con esfuerzo se somete al control consciente (Eibl-Eibesfeldt, 1993). No es extraño que la escucha activa encuentre en los gestos a sus mejores aliados.

- **LA COMUNICACIÓN NO VERBAL**

En la vida real la conducta no verbal desempeña un rol muy importante al menos en casi todas las formas de interacción humana. El lenguaje corporal actúa de forma independiente o acompañando el habla; incluso cuando la gente no habla, los canales no verbales siempre están abiertos y aportan información que puede ser significativa para los demás. Manifestamos sentimientos, pensamientos actitudes, relaciones interpersonales, etc., y todo eso puede ser solo parcialmente codificado con palabras.

La comunicación no verbal es omnipresente en la vida real, y que tiene un papel importante en la vida social, en cada forma de interacción humana. Consciente o inconscientemente la mayoría de los mensajes que emitimos o recibimos son no verbales, incluso cuando la comunicación es principalmente verbal. En situaciones en las que no podemos ver a la otra persona, la imposibilidad de comunicarse verbalmente es percibida como una limitación, por ejemplo cuando hablamos por teléfono. Si esto es así es porque cuando alguien habla hay siempre algún movimiento en el cuerpo de esta persona relacionado con el habla: miradas, movimientos de cejas, de cabeza y, naturalmente, de brazos y manos. Cuando hablamos por teléfono, si no nos ven, nuestros gestos quedan en un segundo lugar, dando énfasis a lo que decimos verbalmente con el tono de voz, alargamiento de palabras, etc. Pero a pesar del predominio indiscutible de sonido y movimiento, en la mayoría de las circunstancias no son siempre los más importantes, puesto que ese sistema primario puede ser, en un momento dado, no una palabra sino, por ejemplo, una reacción química (por ejemplo, una

lágrima, el sudor emocional) que contendrá realmente la parte más importante del mensaje, sino todo el mensaje mismo. Estos canales somáticos pueden ser químicos, dérmicos, térmicos, etc., y se pueden percibir por la vista, el oído, olfato, gusto y tacto (Goleman, D., 2003).

Para evaluar si una persona está en tensión, una buena estrategia es observar si los hombros aparecen cargados o relajados, puesto que, junto con los músculos de la frente, son una de las partes del cuerpo más sensibles a los elementos que generan ansiedad. Cuando los hombros están relajados, la persona está cómoda y dispuesta a continuar conversando. Los brazos y las manos son otros de los indicadores fundamentales para la comunicación. Unos brazos abiertos y unas manos extendidas o en movimiento libres para indicar un objeto o para rozar afectuosa y cordialmente el brazo de su interlocutor, transmitirán confianza. Por el contrario, si alguien nos recibe con los brazos cruzados involuntariamente nos está diciendo: *“no sé si aceptaré lo que me propones”*, aunque la causa que da origen a esta actitud sea su propia timidez. No cabe duda de que los gestos con mayor fuerza expresiva son los de la cara, a través de los movimientos de la boca, las cejas o la mirada. Los gestos de la cara son señales compartidas universalmente por la especie humana y están tan arraigados en nuestro repertorio de conductas que se responde automáticamente sin ser conscientes de ello (Ekman, Friesen & Ascoli, 1980).

La mirada expresa sentimientos de rechazo, de aceptación, muestra a una persona triste o alegre. El mirar a otras personas sirve para establecer contacto con ellas. Parece que el indicador principal es el grado de dilatación pupilar. Algunos estudios han demostrado que la pupila se dilata cuando lo que se mira resulta interesante. Lo sorprendente fue descubrir que se responde a este signo de forma automática e involuntaria. La conclusión práctica que se puede extraer de estos estudios es que para manifestar interés la mejor estrategia es mirar al interlocutor (Poyatos, F., 1988).

La sonrisa es otro de los componentes fundamentales de la expresión. Una persona sonriente es mucho más atractiva que una persona seria. Al sonreír se hace más fácil el contacto con otras personas porque se interpreta como señal de que la persona está dispuesta a escucharnos y será tolerante. Una buena prueba de ello es lo que ocurre cuando se va al médico. Cuando nos encontramos con un profesional de gesto serio es probable que se dedique poco tiempo a explicar los síntomas e incluso se pueden olvidar algunos de ellos, aunque no se dude de su profesionalidad. Sin embargo, con las personas sonrientes la comunicación se hace más fácil y fluida (Winkin, Y., 1981/1994).

Comentemos el efecto del movimiento de las cejas, éstas se arquean como respuesta de sorpresa e interés. Por el contrario, la preocupación o el disgusto se expresan frunciendo el ceño. Algo semejante ocurre con los labios. Cuando se fruncen, el observador siente que se enuncia un reproche. El hecho de que sean gestos involuntarios, que aparecen rápidamente y escapan al control voluntario, no les resta poder comunicativo, ni merma su capacidad de provocar una respuesta en las personas con las que interactuamos. Cuanto más abierta sea la expresión, más se aproxima a una actitud comunicativa. Sin que podamos dar una explicación consciente, nos sentimos proclives a conversar con personas de ceño fruncido o expresión triste. El lenguaje corporal acompaña y subraya la expresión verbal y tiene tal potencia que, cuando ambas no concuerdan, se le concede prioridad al significado de los gestos (De Geldery, Vroomen, 1999).

Nosotros expresamos nuestras emociones a partir de canales básicamente no verbales y no sólo por medio de las palabras. El lenguaje corporal referente a los sentimientos y a las emociones interpersonales se hace difícil de separar con claridad por el hecho de que es sobre todo multifuncional y actúa simultáneamente. Conviene contemplar los actos verbales y no verbales no como sistemas diferentes entre ellos sino como partes integrantes de un mismo proceso de comunicación. Algunos de los más notables investigadores ligados

al estudio del comportamiento no verbal se niegan a separar las palabras de los gestos, el hablante apoya el mensaje verbal con gestos que manifiestan sus emociones, no existe la no-emoción. La borrosa línea que separa lo verbal de lo no verbal en el acto comunicativo se complica cuando, por ejemplo, nos detenemos en el lenguaje onomatopoyético, palabras como “*cuchichear*”, “*murmurar*”, nos lleva a la conclusión de que no todos los fenómenos acústicos son vocales.

El volumen de la comunicación no verbal es muy superior al de la comunicación verbal. El 90% de la comunicación que establecemos los humanos es de naturaleza no verbal. Birdwhistell (1952), que ha realizado numerosos estudios sobre conductas no verbales, calcula que en una conversación normal de dos personas, los componentes verbales suman menos del 35% del significado de la situación mientras que más del 65% del significado social queda dentro de los límites de lo no verbal.

Comunicarse es un arte, pero no un arte solitario. Las palabras serían vanas si nadie las escuchara. La comunicación es posible porque hay un receptor que da sentido a las palabras. El oyente no es un mero receptor pasivo, sino un participante que contribuye a regular las emisiones del hablante y que determina su destino. Y cuando ese receptor no existe, o no está presente, el hablante tiene que imaginárselo (Gimenez de la Peña, A., 2001).

- **LENGUAJE, EDUCACION Y CULTURA**

Nuestra individualidad como seres humanos es social, y al ser humanamente social, es lingüísticamente lingüística; es decir, está inmersa en nuestro ser en lenguaje. Nosotros existimos como seres humanos sólo en un mundo social que, definido por nuestro ser en el lenguaje, es el medio en que nos realizamos como seres vivos y en el cual conservamos nuestra organización y adaptación. Toda nuestra realidad humana es social y somos individuos, personas, sólo en cuanto somos seres sociales en el lenguaje. En la medida en que es la conducta

individual de sus miembros lo que define un sistema social como una sociedad particular, las características de una sociedad sólo pueden cambiar si cambia la conducta de sus miembros (Maturana, H., 1999).

Si los seres vivos, componentes de un sistema social son médicos, la identidad conservada en los seres vivos componentes de ese sistema social durante su dinámica estructural es la de médico. En la medida en que el fenómeno social humano se funda en el amor, relaciones sociales que dependen del ver al otro que el amor involucra, como las de justicia, respeto, honestidad y colaboración, son propias del operar de un sistema social humano como sistema biológico y, por lo tanto, pertenecen al quehacer social humano cotidiano.

Las relaciones de trabajo son acuerdos de producción en los que lo central es el producto, no los seres humanos que lo producen. Por esto las relaciones de trabajo no son relaciones sociales. El que esto sea así es lo que justifica la negación de lo humano en las relaciones de trabajo: ser humano en una relación de trabajo es una impertinencia. El que las relaciones de trabajo no sean relaciones sociales hace posible el reemplazo de los trabajadores humanos por autómatas y el uso humano en el desconocimiento de lo humano, que los trabajadores ignorantes de esta situación vivencian como explotación (Maturana, H., 1999).

El ser humano es constitutivamente social. No existe lo humano fuera de lo social. Lo genético no determina lo humano sólo funda lo humanizable. Para ser humano, hay que crecer humano entre humanos. Aunque esto parezca obvio, se olvida al olvidar que se es humano sólo de las maneras de ser humano de las sociedades a que se pertenece. Si pertenecemos a sociedad que validan con la conducta cotidiana de sus miembros el respeto a los mayores, la honestidad consigo mismo, la seriedad en la acción y la veracidad en el lenguaje, ese será nuestro modo de ser humanos y el de nuestros hijos. Por el contrario, si pertenecemos a una sociedad cuyos miembros validan con su conducta

cotidiana la hipocresía, el abuso, la mentira y el autoengaño, ese será nuestro modo de ser humanos y el de nuestros hijos.

Todo cambio social es un cambio cultural. Si no hay amor no hay socialización genuina y los seres humanos se separan. Una sociedad en la que se acaba el amor entre sus miembros se desintegra. Ser social involucra siempre ir con otro y se va libremente sólo con el que se ama. Lo central del fenómeno social humano es que se da en el lenguaje y lo central del lenguaje es que sólo en él se dan la reflexión y la autoconciencia (Maturana, H., 1999).

La tarea central de la educación es prestar atención, fomentar, guiar a los niños en su crecimiento como seres humanos responsables, sociales y ecológicamente conscientes de que se respeten a sí mismos. Educación es un proceso de transformación de vida conjunta con una orientación definida por la manera de vivir de esa persona que actúa como padre o maestro. En este proceso, el niño se transforma en un tipo de ser humano u otro según el curso del entrelazarse de las emociones y actuaciones vividas por él o ella en sus acciones recurrentes y recursivas con sus padres y maestros (Maturana, H., 1999).

La educación tiene que ver con el alma, la mente, el espíritu, es decir, con el espacio relacional o psíquico que vivimos y que deseamos que vivan nuestros niños. Además tiene que ver con llegar a ser seres humanos, y el tipo de ser humano que llegamos a ser mientras aprendemos y enseñamos tiene que ver con la adquisición de las habilidades operacionales que se necesitan para vivir en el dominio particular de existencia en el que uno es un ser humano. En estas circunstancias es tarea de los educadores hacer uso de la enseñanza, cualquier enseñanza, como un medio para educar en la creación del espacio viviente que llevará al estudiante a llegar a ser humano responsable, socialmente consciente y que se respete a sí mismo.

El lenguaje es un modo de vivir juntos en el flujo de coordinaciones recurrentes de conductas consensuales, y es nuestra vida en lenguaje como el tipo particular de primates bípedos que somos, lo que nos torna humanos. En otras palabras, existimos como seres humanos en el flujo de coordinaciones consensuales de conductas que es el lenguaje. Nosotros nos transformamos en nuestros cuerpos según lo que hacemos en lenguaje, y hacemos en nuestro lenguaje según lo que se transforma en nuestros cuerpos. Pero existimos también en el flujo de emociones. Al distinguir emociones en la vida diaria distinguimos diferentes dominios o tipos de conductas relacionales, y al fluir de una emoción a otra cambiamos dominios de conductas relacionales. En términos de lo que sucede en el organismo, podríamos decir, que cuando se distingue una emoción en un sistema viviente, connotamos en ella una dinámica corporal (sistema nervioso incluido) que especifica lo que puede y no puede hacer en cualquier momento en sus conductas relacionales.

En verdad, las emociones pueden ser caracterizadas plenamente describiendo las conductas relacionales que implican como modos de relacionar. Por ejemplo: el amor, representa el dominio de aquellas conductas relacionales a través de las cuales otro surge como otro legítimo en coexistencia con uno mismo bajo cualquier circunstancia. En la agresión, es el dominio de aquellas conductas relacionales a través de las cuales un otro es negado directa o indirectamente como un otro legítimo en coexistencia con uno mismo. Mientras que la indiferencia, es el dominio de aquellas conductas relacionales a través de las cuales el otro no es visto como otro. En la indiferencia, el otro no tiene presencia, y lo que le suceda a él o a ella está fuera del dominio de nuestras preocupaciones (Maturana, H., 1999).

Nosotros los seres humanos, somos seres biológicamente amorosos como un rasgo de nuestra historia evolutiva. Esto significa dos cosas: la primera es que el amor ha sido la emoción central conservada en la historia evolutiva que nos dio

origen desde unos cinco a seis millones de años atrás; la segunda es que enfermamos cuando se nos priva de amor como emoción fundamental en la cual transcurre nuestra existencia relacional con otros y con nosotros mismos. Nos enfermamos de cuerpo y alma cuando se nos priva de amor a cualquier edad, y la primera medicina es amor. La biología del amor es central para la conservación de nuestra existencia e identidad humanas (Maturana, H., Nisis, S., 1999).

Los niños crecen como seres humanos entrelazando lenguaje y emocionalismo en su vida, en un flujo continuo de trenzamiento de dominios relacionales (emociones) y recurrentes coordinaciones consensuales de conducta (lenguaje) que denominamos conversaciones. Todo lo que hacemos como seres humanos lo hacemos en conversaciones, y las conversaciones se producen en el fluir de nuestras interacciones, todo lo que hacemos en conversaciones modula el flujo de cambios estructurales y llegamos a ser en nuestro flujo estructural según sean las conversaciones en las cuales participamos. En el fluir de nuestra vida no hay conversaciones triviales.

Las culturas son redes cerradas de conversaciones, es decir, redes cerradas de conversaciones recursivas de haceres y emociones. Sin embargo, es la configuración de emocionalidad que se realiza en la red cerrada de conversaciones que constituye la cultura, lo que le da propiamente su carácter, no las conductas particulares realizadas por sus miembros. Las culturas no están determinadas genéticamente, pero su conservación marca el curso de cambio genético evolutivo.

Todos los seres humanos, en tanto no hayan tenido algún daño cerebral, desnutrición, o alguna anomalía en su desarrollo, son igualmente inteligentes o capaces de conducta igualmente inteligente. Con todo, la conducta inteligente puede tornarse restringida o expandida en el flujo emocional de la persona. Sólo el amor expande la conducta inteligente al ensanchar el dominio relacional en el

cual uno opera, expandiendo la esfera de posible conducta consensual (Maturana, H., Nisis, S., 1999).

Los niños son seres humanos que aprenden, y aprenderán a vivir cualquier tipo de vida en que sucede que viven. Y la emocionalidad que nosotros los seres humanos vivimos en nuestra niñez es conservada por nosotros como fundamento del espacio psíquico que generamos como adultos. Nuestra niñez es tanto nuestro tesoro como nuestro azote. Este aspecto central de la educación es la dinámica de llegar a ser humano, como persona responsable, socialmente consciente y que se respeta a sí mismo. Es corriente hablar de valores cuando hablamos de educación en estas circunstancias. Esto está muy bien, pero queremos decir que los valores deben ser vividos en todo instante en el proceso de la educación, y no ser enseñados como nociones de la dinámica emocional de la vida social, y como tal corresponden a dinámicas relacionales que son intrínsecas a la vida social. Y esto se debe al hecho de que los valores tienen que ver con el dominio de las emociones, no de la razón, y en particular con el dominio del amor, que es la emoción que constituye la coexistencia social (Maturana, H., Nisis, S., 1999).

9.4 LA INTUICIÓN

El saber popular habla del sexto sentido o de la intuición al referirse a conductas, afirmaciones o descubrimientos que no son fruto de la reflexión o de un conocimiento previo. El Diccionario ideológico de la lengua española de Julio Casares define *“intuir”* como *“percibir o entender clara e instantáneamente una idea o verdad, sin el proceso de razonamiento”*. Gawain (2001) menciona que es el poder o la facultad de alcanzar el conocimiento o saber directo, sin intervención evidente del pensamiento racional deductivo. Discernimiento rápido e inmediato. En este sentido representaría una habilidad intelectual que, sin embargo, no se explora mediante evaluaciones clásicas de inteligencia y parece pertenecer más bien a lo que hoy en día denominamos inteligencia emocional (Adrián, A., 2001).

La intuición parece resultar de la combinación de habilidades neurológicas desarrolladas en la evolución, elementos genéticos y el “*entrenamiento*” que aporta la familia y el entorno. Se sustenta sobre bases anatómico-fisiológicas similares al llamado “*aprendizaje implícito*”, que es la capacidad de adquirir conocimientos y aprendizajes que realizamos de forma casi independiente de nuestra conciencia. Es decir, parece ser que los seres humanos poseemos una habilidad, de carácter no consciente, para asimilar “*rutinas*” de comprensión y ejecución que nos ayudan a “*recordar*” percepciones y tareas, sin necesidad de acudir a lo que llamamos conciencia donde las estructuras cerebrales que la sustentan son las áreas pre frontales de nuestra corteza.

¿Cuáles son esas emociones llamadas primarias, básicas o simples que de alguna manera condicionan y modulan nuestra conducta en una primera instancia? Lo emocional es una sensación cualitativamente más intensa. Y las cinco emociones básicas susceptibles de ser provocadas en el ser humano son: el enfado, miedo, tristeza, alegría y asco. Y las emociones complejas se generan en gran medida con la participación de nuestro neo córtex, más concretamente en los lóbulos pre frontales, que son los encargados de elaborar los sentimientos y sensaciones que las acompañan. Aquí la “*intuición*” de los estímulos se reviste de complejidad, produce sensaciones y experiencias más profundas (Adrián, A., 2001).

¿Qué papel desempeñan las emociones complejas dentro de la conducta del ser humano? Johnson – Laird opina que las emociones sirven para guiar e influir, y no siempre conscientemente, en el comportamiento. Además estas emociones parecen provenir de la conjunción de ciertas habilidades y sensibilidad innatas para reaccionar como seres humanos ante la experimentación de sensaciones muy variadas. Estas capacidades sensibles que vienen con nosotros “*de fábrica*”, a su vez, se mejoran y perfeccionan

mediante la educación y el entrenamiento, dando lugar a experiencias y vivencias propiamente individuales (Adrián, A., 2001).

Una gran cantidad de personas repudian casi todas sus emociones. Se enorgullecen o de ser fuertes y tenaces o de ver todo desde una perspectiva racional. Es posible que no sientan muchas emociones, y cuando lo hacen, las esconden. También pueden tener dificultad para establecer verdadero contacto y confianza con otras personas, puede tener dificultades para fijar límites y crear estabilidad en sus vidas lo que con frecuencia siente y expresa las emociones de otras personas del mismo modo que las propias; si no se cuidan de sí mismos, pueden convertirse en víctimas (Gawain, S., 2001).

El modo más sano y equilibrado de vivir es estando en contacto con todas nuestras emociones y sabiendo cómo y cuándo expresarlas apropiadamente. Para vivir la vida con plenitud necesitamos permitirnos sentir profunda y apasionadamente, más no dejar que nuestras emociones nos aplasten. Cualquier emoción que neguemos y repudiamos permanece dentro de nosotros como energía estancada. Esa energía o energías pueden acumularse por años y en algún momento causar problemas físicos y emocionales (Goleman, D., 2000/2003).

La educación y el entrenamiento pueden permitirnos mejorar y perfeccionar nuestra sensibilidad emocional y la habilidad de captar estímulos cada vez más complejos. A esta habilidad la hemos denominado "*intuiciones emocionales complejas*", dado que producen sentimientos más elaborados que se convierten muchas veces en inefables y que son fruto de captaciones no conscientes de ciertas cualidades de lo que observamos y percibimos. Por lo tanto el arte y su captación son en esencia elementos que ayudan a perfilar mejor nuestras emociones complejas y a conseguir una inteligencia emocional más rica y útil en la formación integral de la persona.

Desentrañar la estructura y el papel social del arte en toda su extensión y profundidad ha de mejorar, la comprensión de éste como un recurso más de la llamada inteligencia emocional y, puede darnos pistas de cómo poder entrenar y utilizar “*el arte de la intuición*” para apreciar los componentes emocionales y culturales que el arte transmite. Los elementos estéticos del arte han de ayudar a perfilar de manera más positiva nuestras emociones, con el fin último de aprender a utilizarlas más y mejor en nuestro comportamiento con el siempre deseable propósito de hacernos mejores (Adrián, A., 2001).

El desarrollo de tu habilidad intuitiva comienza al poner atención a lo que sucede en tu interior, de modo que te vuelves consciente de esos diálogos internos y los reconocas en el momento en que están sucediendo o poco tiempo después. El siguiente reto es aprender a interpretarlos y aplicarlos a la vida. La mayoría de las personas exitosas siguen sus sentimientos viscerales cuando realizan negocios o toman decisiones para hacer alguna inversión. A menudo, los científicos dedicados a la investigación obedecen a alguna corazonada sobre la línea de investigación que les será más fructífera. Einstein era un ejemplo maravilloso del científico claramente conectado con su intuición (Gawain, S., 2001).

Hemos perdido el valor de ser, tomar tiempo para descansar, relajarnos, contemplar, explorar nuestro reino interior y en general sentirnos plenos. Es una de las razones por las que tanta gente desarrolla el Síndrome de Fatiga Crónica y otras enfermedades relacionadas. Si nos damos tiempo, nuestra energía volverá a ponernos en acción, frecuentemente en una nueva dirección creativa.

Aprender a seguir tu intuición a veces puede experimentarse como vivir “*a la deriva*”. En cierto modo, significa aprender a vivir sin la falsa sensación de seguridad que proviene de tratar de controlar todo lo que nos sucede, es reconocer que conforme seguimos nuestra guía interna, sucesos maravillosos se van a desplegar para nosotros, cosas que quizá ni siquiera nos

imaginábamos. Gradualmente nos sentiremos menos temerosos y más cómodos con la incertidumbre (Gawain, S., 2001).

9.5 SABERES MÉDICOS

Para el paciente, cualquier encuentro con una enfermera o un médico puede ser una oportunidad para obtener información, consuelo y tranquilidad, y, si se maneja inadecuadamente, se convierta en una invitación a la desesperación. Pero con demasiada frecuencia quienes se ocupan de los cuidados médicos actúan con precipitación o son indiferentes a la aflicción del paciente. Por supuesto, existen enfermeras y médicos compasivos que se ocupan de tranquilizar e informar, además de administrar medicamentos. Pero existe una tendencia a un universo profesional en el que los imperativos institucionales pueden hacer que el personal médico pase por alto la vulnerabilidad del paciente, o se sienta demasiado presionado para hacer algo por él. Debido a que las crudas realidades del sistema médico están cada vez más reguladas por los administradores, y por la política institucional, las cosas parecen empeorar día a día (Goleman, D., 2000).

Más allá del argumento humanitario de que los médicos deben mostrar preocupación además de ofrecer una cura, existen otras razones apremiantes para considerar la realidad psicológica y social de los pacientes como algo que pertenece al reino médico en lugar de estar separado del mismo. En la actualidad, se puede afirmar que existe un margen de eficacia médica, tanto en la prevención como en el tratamiento, que puede lograrse tratando el estado emocional de las personas junto con su estado físico. Por supuesto, no en todos los casos ni en todos los estados. Pero si observamos los datos de centenares de casos en donde la intervención emocional debería ser una parte corriente de la atención médica de todas las enfermedades graves.

Históricamente, la medicina en la sociedad moderna ha definido su misión en términos de curación de la patología mientras pasaba por alto la enfermedad, la

experiencia que el paciente tiene del mal que lo aqueja. Al adherir esta visión de su problema, los pacientes se unen a la muda conspiración que deja de lado la forma en que reaccionan a nivel emocional a sus problemas...o se hace caso omiso de esas reacciones por considerarlas inoportunas para el desarrollo del problema mismo. Esa actitud se ve reforzada por un modelo médico que desdeña por completo la idea de que la mente influye en el organismo de una forma fundamental. Lo que sí es un hecho es que nuestras emociones y la inteligencia emocional intervienen en la salud y en la enfermedad (Goleman, D., 2000).

El holismo en medicina significa considerar todos los aspectos del organismo humano como interconectado e interdependiente. Pero, en un sentido más amplio, significa además reconocer que el organismo interactúa constantemente con su entorno natural y social. Según Margaret Lock (1990), los médicos japoneses son capaces de aceptar las evaluaciones subjetivas, tanto las suyas propias como las de sus pacientes, sin que ello suponga una amenaza para su práctica de la medicina ni para su integridad personal. El valor del conocimiento subjetivo es, sin duda, algo que podemos aprender de Oriente. Nos ha obsesionado tanto el conocimiento racional, objetivo, y la cuantificación, que nos sentimos muy inseguros a la hora de considerar la experiencia y los valores humanos.

Ya para nadie es un secreto que la medicina académica ha perdido de vista al ser humano. La medicina falla por su filosofía, o más exactamente, por su falta de filosofía. Hasta ahora, la actuación de la medicina responde sólo a criterios de funcionalidad y eficacia; la falta de un fondo le ha valido el calificativo de "*inhumana*". La medicina está enferma, ha perdido la conciencia y la armonía (Dethlefsen, T., Dahlke, R., 2008)

La propia salud es una experiencia subjetiva. Todo buen médico occidental utiliza también la intuición y el conocimiento subjetivo, pero esto no es algo que

la literatura profesional reconozca y no se enseña en las facultades de medicina. Una medicina auténticamente holística precisa cambios fundamentales en nuestras actitudes, en nuestras prácticas de socialización, en nuestra educación y en nuestros valores básicos. Esto sólo ocurrirá muy gradualmente, si es que ocurre. Este nuevo enfoque tendría que tener particularmente en cuenta la interdependencia del cuerpo y la mente, tanto en la salud como en la enfermedad y la visión ecológica del organismo humano, con su interacción permanente con su entorno natural y social (Capra, F., 1990).

Según el concepto holístico, la salud reflejaría el estado del organismo completo, cuerpo y mente, y tendría también en cuenta su relación con el entorno. La salud como proceso de equilibrio dinámico debería reconocer, de algún modo, las fuerzas curativas intrínsecas de todo organismo vivo. La responsabilidad de la salud y la curación debería ser compartida por el médico, el paciente y la sociedad.

Por ejemplo, el modelo psicosomático de Carl & Stephanie Simonton (1990), está basado en la denominada teoría de la vigilancia del cáncer, según la cual todo organismo produce ocasionalmente células cancerosas anormales. En un organismo sano, el sistema de inmunidad reconoce las células anormales y las destruye, pero si por alguna razón el sistema de inmunidad no es lo suficientemente fuerte, las células cancerosas se reproducen y el resultado es un tumor compuesto de una masa de células imperfectas. El cáncer no es un ataque desde el exterior, sino un desmoronamiento interior.

La tensión emocional tiene dos aspectos principales: reprime el sistema de inmunidad del cuerpo y, al mismo tiempo, provoca un desequilibrio hormonal, cuya consecuencia es una producción creciente de células anormales, creando por consiguiente unas condiciones óptimas para el crecimiento del cáncer. La producción de células malignas se ve favorecida precisamente cuando el cuerpo es menos capaz de destruirlas. Simonton ayuda a sus pacientes a

adquirir conciencia del contexto más amplio de su enfermedad, a identificar las tensiones principales de su vida y a desarrollar una actitud positiva en cuanto a la eficacia del tratamiento y a la potencia de las defensas corporales, generándose sentimientos de esperanza y anticipación (Capra, F., 1990).

Wilhem Reich (1990) ha compartido sus experiencias emocionales a través de pautas musculares como el Yoga, el Tai Chi y el Aikido, entre otras que pueden considerarse como "*Técnicas de trabajo corporal*" que integran multitud de niveles corporales y mentales. Nuestra interacción y comunicación con nuestro entorno consiste en complejas pautas rítmicas, que fluyen hacia dentro y hacia afuera de todos nosotros en formas diversas, e hizo hincapié en la idea de la enfermedad como falta de sincronismo e integración.

Según Owen Barfield (1977), la salud y la enfermedad son cuestiones que competen a cada cuerpo en particular, el mantenimiento de la salud es también un asunto individual. Lo que cada uno haga por mejorar o por destruir su propia salud es algo que solamente a él le concierne, pues sus efectos se limitan aisladamente a su cuerpo.

Para David Bohm (1981), no hay una respuesta aún para el término salud, la medicina moderna es incapaz de definirla exactamente, si los médicos no encuentran nada que esté mal, debe estar sano; pero esta forma sumamente extendida de definir la salud no nos dice lo que ésta es. La salud es un fenómeno esencialmente dinámico, la salud es armonía y la armonía no tiene sentido si no es en base a la fluidez de movimiento de todas las partes interdependientes; cuando hay un estancamiento, sobreviene la enfermedad y la muerte. La salud posee una cualidad cinética, mantenerse activo es una forma de favorecer la propia salud en todas las edades. Toda esta energía vital pertenece al orden implicado. El cuerpo y la mente están intrínsecamente unidos, y el punto decisivo con respecto a la salud estriba en la conciencia.

Según el Dr. Julio César Payán (2000), la medicina trata siempre no solo de llevar al enfermo a la norma sino de mantenerlo dentro de ella, entonces ésta se convierte en juez, parte y poder. La relación médico paciente deberá pasar de ser una relación de poder a una de solidaridad, de reconocimiento de saberes, de respeto, una relación profundamente amorosa, en donde la ética deberá acompañar al acto médico. El observador deberá interactuar con lo observado, aplicando así el principio de incertidumbre de Heissenberg, en donde se logre un crecimiento mutuo, en donde con el proceso de enfermedad se aprende, se gana experiencia y conocimiento; en donde el que gana experiencia y aprende se vuelve más sabio, y el que gana sabiduría trasciende. Es importante terminar con la división de mente y cuerpo, que es una invención de Descartes para tratar de entender al ser humano. El ser humano es un todo, hay que evitar caer en la misma trampa de la racionalidad lineal objetiva del esquema causa y efecto. Conocimiento y sentimiento van de la mano.

En 1991, se formó una organización llamada el Instituto HeartMath³ (1991) con el objetivo específico de explorar el poder que las emociones humanas tienen sobre el cuerpo, y el papel que éstas pueden desempeñar en el mundo. Específicamente, HeartMath eligió centrar sus investigaciones en el lugar del que parecen emanar las emociones y los sentimientos: el corazón humano. Uno de los resultados más importantes ha sido la documentación del campo de energía en forma de donut que rodea al corazón y se extiende más allá del cuerpo. Además hicieron tres experimentos: en el primero, Poponin nos mostró que el ADN humano tiene un efecto directo sobre la vibración de la luz. En el segundo, el experimento militar, aprendimos que por mucho que estemos separados de nuestro ADN seguimos conectados con sus moléculas, y el efecto es el mismo. En el tercero, los investigadores nos mostraron que las emociones humanas tienen un efecto directo sobre el ADN, el cual afecta a su vez a la sustancia de la que está hecho nuestro mundo (Braden, G., 2006).

³ Fue fundado en 1991 como un centro de investigación sin fines de lucro que ofrece una gama de servicios, productos y tecnologías para el aumento del rendimiento, la productividad, la salud y el bienestar, y la reducción significativa del estrés.

Estos experimentos apuntan hacia dos conclusiones importantes: la primera, la matriz de una energía que conecta todo lo que existe en el universo. Este campo conectivo es el responsable de los sorprendentes resultados obtenidos por los experimentos. Y la segunda que el ADN de nuestros cuerpos nos da acceso a la energía que conecta nuestro universo, y la emoción es la clave para poder hacer uso de esta energía. Max Planck lo describió como una “*Mente consciente e inteligente*” (Braden, G., 2006).

Finalmente, está el valor médico agregado de un médico o enfermera empáticos, que tienen sintonía con los pacientes, capaces de escuchar y de ser escuchados. Esto supone fomentar el “*cuidado basado en la relación*”, reconociendo que la relación entre médico y paciente es en sí misma un factor significativo. Tales relaciones deberían ser fomentadas más rápidamente si la educación médica incluyera algunas herramientas básicas para la inteligencia emocional, sobre todo la conciencia de uno mismo, así como las artes de la empatía y del saber escuchar (Goleman, D., 2000).

9.6 LOS VALORES

El valor moral es inherente a la conducta de una persona humana en cuanto ésta es guiada por un principio de coherencia con lo que esta persona es y exige ser en el futuro. La moralidad posee dos vertientes: la primera consiste en captar los valores morales; la segunda, en llevarlos a la práctica en la conducta cotidiana. Esto significa que la moralidad se funda en la captación del valor moral pero se expresa en la realización de los valores morales por parte de cada individuo. Los valores morales son los que constituyen o impiden el bien o el mal en la vida y se realizan en la conducta responsable de un individuo. La moralidad es un carácter de la conducta humana en cuanto tal: consciente y responsable (Gallo, A., 2006).

¿En qué consiste esta conciencia y responsabilidad?

Consiste en realizar acciones de acuerdo con lo que el ser humano es, como totalidad, en el presente y en el futuro. Esto implica dos cosas: compromiso y coherencia. Coherencia con lo que una persona es en cuanto tal y con lo que ha asumido en su ser; compromiso con su realización en el futuro. En estas dos dimensiones se articula la conducta moral. Coherencia puede expresarse en forma positiva, como: adherir a aquello que ya se ha captado y aceptado responsablemente. En forma negativa, significa rechazar aquello a lo cual no se podría adherir. La coherencia de que se habla es coherencia en la acción. Esto supone que el individuo esté captando y realizando un valor moral. Sin esto, no habría ni compromiso y responsabilidad con la vida, ni un criterio para la coherencia moral. Con esto se establece un criterio universal de moralidad: la valoración moral y la acción coherente. El valor moral se convierte, entonces, en el punto firme de referencia para establecer una norma moral general y dar contenido a esta norma. Esto implica que un valor moral particular sea puesto en relación con la totalidad de la buena vida, del individuo y de la colectividad (Gallo, A., 2006).

Los valores morales se perciben como todos los demás valores a través de la experiencia, con la intuición de los valores. Es una intuición cualitativamente distinta de los demás campos de valores. Esto significa que los valores morales se dan en la intuición, a la par de los valores estéticos, sociales, políticos, económicos, etc., pero el carácter se percibe, en este caso, en la dimensión ética del ser. Será un ser digno o indigno, bueno o malo, justo o injusto, humano o inhumano, amable u odioso, estimable o repugnante, respetuoso o vulgar, atento o cruel. El carácter de moralidad está en cada una de estas determinaciones de los entes, hechos y relaciones (Gallo, A., 2006).

Cuando se habla del ser en la percepción de la moralidad, se indica cualquier hecho, gesto, escrito, obra, o producto, relacionado con la persona, mi persona o la de los demás, con la propiedad de ser digno, justo, bueno, humano, etc.

Todo ser, en general, aparte de excepciones, es portador de valores morales, más o menos evidentes. La dimensión ética se percibe tanto con relación a la apreciación del valor, como al deseo de realizarlos. Por esta razón, hablar de valores morales es hacer referencia, cuando menos implícitamente, a la conducta moral de las personas. Si un joven gasta sus bienes para atender a su madre enferma, no sólo suscita mi admiración por la generosidad, sino que se me da como modelo: un deber-ser a imitar, por el valor ético que se encierra en su acción.

La acción inmoral, contraria a la libertad y dignidad de la persona, ha sido percibida como valor negativo y ha suscitado la indignación exponiendo el observador al peligro pero sintió la fuerza del poder moral que lo movió a usar los medios a su alcance para corregir el mal. Del mismo modo actúa el poder del valor moral de cara a las crueldades, torturas, injusticias y desórdenes de toda clase y, en sentido positivo, los valores morales obligan a la conciencia con su propio poder y la mueven a tomar decisiones para su realización. Entonces, la intuición de los valores morales es el fundamento de la moralidad y de la conducta moral de una persona (Gallo, A., 2006).

✓ **LA EDUCACIÓN DE LOS VALORES MORALES**

La educación de los valores morales puede ser perfeccionada con el ejercicio, la educación y la comunicación interpersonal. Esta capacidad de ver, puede también disminuir o ser eclipsada por las pasiones, por la presión social, por una manipulación de los principios éticos, por una conducta desordenada y ajena a la conciencia. Estas desviaciones sean quizás incorregibles con relación a una persona particular pero pueden ser eliminadas en una sociedad en la que se busque suscitar y enfocar la conciencia moral, con el análisis, el diálogo, la comunicación y el estudio; es decir, con reforzar la capacidad de captación de estos valores. En este sentido, la educación escolar y los medios de comunicación, juntos pueden significar un centro de irradiación y de conocimiento de los valores morales, cuando se tematicen, se discutan, se

ejemplifiquen en la escuela y en los medios, los principales valores morales. Como para todos los demás valores, es posible conceptualizarlos, transformarlos en juicios, analizarlos como esencias, teniendo en cuenta que tales conceptos no son valores morales, sino representaciones de valores morales. El valor moral está en su particular vivencia ética (Gallo, A., 2006).

El valor moral es una fuerza, una calidad potencial que estimula a la conciencia a pasar a la acción. La conciencia no solo capta el valor moral, sino también el deber ser del valor moral. El deber ser moral es comprendido por la conciencia al procesar el valor moral. No habría moralidad sin un valor moral que la fundamente pero tampoco habría moralidad sin una conciencia que lo aprecie y reconozca el deber-ser del acto moral. Por esta razón, la moralidad está tan vinculada con la educación a la virtud. Educarse es entrenarse a dar respuesta al desafío de los valores morales. Además, realizar un acto de justicia es también proclamar delante de toda la humanidad que la justicia es un alto ideal para el hombre. El valor moral llama al Ethos. El Ethos es la respuesta a la llamada moral de la vida. Entonces, puede decirse que, sin ética, la humanidad traiciona la vida (Gallo, A., 2006).

La libertad nos abre el camino para nuestra constante evolución. El valor esencial de la persona humana es su propia dignidad personal. No hay duda de que todos los valores perfeccionan a esta persona y le ofrecen la oportunidad de crecer intelectual y emocionalmente así como a realizarse en el mundo según todas las dimensiones pero, el valor moral en su realización, es el que corresponde de manera más profunda a ese valor esencial que **es la dignidad del ser humano**. Dignidad significa la armonía del ser, su relación de superioridad con todos los demás seres y la plenitud de su realización. La moralidad establece la base de una convivencia pacífica entre seres humanos; resuelve los posibles conflictos de intereses apelando a sus valores superiores. Sobre esta base de dignidad nacen el respeto, la bondad, la generosidad, la rectitud de intenciones, la fidelidad en las circunstancias más difíciles. La

moralidad de una persona se complementa con la moralidad de la comunidad humana en la que ésta vive, desde los grupos mínimos hasta las grandes culturas. El valor nace del ser y se desprende del ser para ofrecer a la libertad humana el mérito y la oportunidad de autor realizarse. Los valores morales indican claramente la trayectoria señalada a todo ser humano (Gallo, A., 2006).

La persona que vive el proceso de una vida plena experimenta mayor confianza en su organismo como medio para alcanzar la conducta más satisfactoria en cada situación existencial. A medida que pueden abrirse más a todas sus experiencias, descubren que pueden confiar en sus reacciones. Si *“tienen ganas”* de mostrar su enojo, lo hacen y comprueban que esto les produce satisfacción, puesto que al mismo tiempo perciben todos sus deseos de afecto, asociación y relación. Se asombran de su propia capacidad intuitiva para resolver las relaciones humanas complejas e inquietantes; sólo más tarde comprenden que sus reacciones internas han sido sorprendentemente eficaces para lograr una conducta exitosa (Rogers, C., 1972).

El proceso de llegar a ser uno mismo implica una profunda experiencia de elección personal representa la congruencia entre lo que se es, se dice, se hace, se actúa y se siente. El individuo advierte que puede escoger entre seguir ocultándose bajo un disfraz o, arriesgarse a ser él mismo; descubre que es un agente libre, dotado del poder de destruir a otro o a sí mismo, pero también de la capacidad de mejorarse y mejorar a los demás (Rogers, C., 1972). Los principios morales no mueven al hombre, no le empujan, más bien tiran de él, y el hombre no actúa sí para satisfacer un impulso moral y tener una buena conciencia; lo hace por amor de una causa con la que se identifica, o por la persona que ama, o por la gloria de Dios. ***“Una buena conciencia es la mejor almohada”***; pero la verdadera moralidad es algo más que un somnífero o un tranquilizante (Frankl, V., 1999).

El educar se constituye en el proceso en el cual el niño o el adulto conviven con otro y al convivir con el otro se transforma espontáneamente, de manera que su modo de vivir se hace progresivamente más congruente con el del otro en el espacio de convivencia. Hay dos épocas o periodos cruciales en la historia de toda persona que tienen consecuencias fundamentales para el tipo de comunidad que ellos traen consigo en su vivir. Estos son la infancia y la juventud. En la infancia, el niño vive el mundo en que se funda su posibilidad de convertirse en un ser capaz de aceptar y respetar al otro desde la aceptación y respeto de sí mismo. En la juventud, se prueba la validez de ese mundo de convivencia en la aceptación y respeto por el otro desde la aceptación y respeto por sí mismo en el comienzo de una vida adulta social e individualmente responsable. El adolescente moderno aprende valores, virtudes que debe respetar, pero vive en un mundo que las niega. Se predica el amor pero nadie sabe en qué consiste porque no se ven las acciones que lo constituyen y se lo mira como expresión de un sentir. Se enseña a desear la justicia pero los adultos vivimos en el engaño. La tragedia de los adolescentes es que comienzan a vivir en un mundo que niega los valores que se les enseñó. No desvaloricemos a nuestros niños en función de lo que no saben, valoricemos su saber. Guiemos a nuestros niños hacia un saber que tiene que ver con un mundo cotidiano e invitémoslos a mirar lo que hacen, y sobre todo no los llevemos a competir (Maturana, H., 1992). La ética no tiene un fundamento racional sino emocional. La preocupación ética como preocupación por las consecuencias que nuestras acciones tienen sobre otro, es un fenómeno que tiene que ver con la aceptación del otro y pertenece al dominio del amor. Por eso la preocupación ética nunca se extiende más allá del dominio social donde surge (Maturana, H., 1992).

9.7 LA NUEVA CONCIENCIA

En las escuelas del siglo XX, el éxito del profesor ha estado vinculado esencialmente a los logros académicos de sus alumnos, esto es, al rendimiento escolar. Sin embargo, la sociedad del siglo XXI ha creado nuevas demandas y

retos tanto para la Escuela como para los docentes que han cuestionado en profundidad los principios y objetivos educativos vigentes. En nuestras escuelas ya no es suficiente conseguir un buen rendimiento del alumnado, el éxito del profesorado queda también vinculado a desarrollar personas integradas en la sociedad, con herramientas sociales y emocionales que les permitan afrontar los desafíos de la vida cotidiana (Fernández-Berrocal, & Ruiz-Aranda, 2008a).

En España son muy pocos los programas socio-emocionales destinados a fomentar la inteligencia emocional del profesorado, no sólo como beneficio que recaerá directamente sobre ellos, sino también sobre la práctica docente y, por tanto, sobre el alumnado de modo indirecto (Fernández-Berrocal, Extremera & Palomera, 2008). Por otra parte, como diferentes autores han señalado repetidamente, esta formación en aspectos socio-emocionales no sólo es escasa y precaria, sino que cuando se produce es excesivamente teórica, poco vivencial y práctica (Fernández, Palomero, Pescador & Teruel, 2009; Palomero, 2009). Esto contrasta, por una parte, con el interés y motivación creciente de los profesores por dotar al alumnado no sólo de conocimientos, sino también de habilidades sociales y emocionales. Y, por otra, con los resultados de diferentes estudios empíricos que han demostrado que la formación organizada y bien estructurada del profesorado es muy útil en múltiples ámbitos personales y profesionales (Brackett & Caruso, 2007; Sutton & Whealey, 2003). Por ello, tanto por razones teóricas como empíricas es vital incluir el desarrollo socio-emocional como parte de la formación básica y permanente de los alumnos como de los profesores.

✓ **EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: IMPLICACIONES PARA LOS DOCENTES**

Nuestro sistema educativo está asistiendo a un proceso muy importante de transformación de los planes de estudio y a una modificación de la escolaridad obligatoria orientada hacia el desarrollo integral de la persona

centrado en las competencias (Loe, 2006). La UNESCO, en su informe Delors (1996), plantea diferentes alternativas para la educación del siglo XXI e incide en el papel de las emociones y la necesidad de educar las demandas emocionales del ser humano junto a su dimensión cognitiva. La mayoría de los docentes consideran primordial el desarrollo de las habilidades emocionales para lograr este desarrollo integral del alumno. Sin embargo, a veces se olvida que estas habilidades emocionales, afectivas y sociales deben ser enseñadas por un equipo docente que domine estas capacidades, ya que las aulas son para el alumno uno de los modelos de aprendizaje socio-emocionales más importantes (Extremera & Fernández–Berrocal, 2004; Palomera, Fernández–Berrocal & Brackett, 2008; Poulou, 2005). Además, el progresivo desarrollo de investigaciones sobre la inteligencia emocional y su influencia en diferentes contextos ha generado una mayor conciencia sobre la importancia del uso adecuado de las emociones para afrontar el estrés laboral que se produce en el contexto educativo (Fernández–Berrocal, Ruiz–Aranda, Extremera & Cabello, 2008). La capacidad para identificar, comprender y regular las emociones es fundamental entre el profesorado, ya que estas habilidades van a influir en los procesos de aprendizaje, en la salud física, en la calidad de las relaciones interpersonales y en el rendimiento académico y laboral (Brackett, Alster, Wolfe, Katulak & Fale, 2007; Brackett & Caruso, 2007; Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Este hecho ha propiciado que los docentes demanden una formación adecuada en competencias emocionales.

Las investigaciones centradas en analizar la relación entre la inteligencia emocional y el ajuste personal del docente señalan que la inteligencia emocional del profesor predice el nivel del “*burn out*” que sufren (Extremera, Fernández–Berrocal & Durán, 2003). Además, el profesorado experimenta, con más frecuencia, mayor número de emociones negativas que positivas (Emmer, 1994).

Las emociones positivas de los docentes pueden mejorar su bienestar, así como el ajuste de sus alumnos (BirchLadd, 1996) y el incremento de estas emociones positivas puede facilitar la creación de un clima de clase que favorezca el aprendizaje (Sutton & Whealey, 2003).

Asimismo, la creación de un clima de seguridad en clase así como la generación de emociones positivas contribuyen al bienestar y a la felicidad del alumnado (Seligman, M., 2005). De este modo, que los profesores aprendan a mantener los estados emocionales positivos y a reducir el impacto de los negativos puede verse reflejado en un mayor bienestar docente y en el mejor ajuste de sus alumnos (Fernández–Berrocal & Ruiz–Aranda, 2008b). Así, los docentes con mayor capacidad para identificar, comprender, regular y pensar con las emociones de forma inteligente, tendrán más recursos para conseguir alumnos emocionalmente más preparados y para afrontar mejor los eventos estresantes que surgen con frecuencia en el contexto educativo.

Ser profesor, como ser persona, se ha convertido en el siglo XXI en una tarea más difícil de lo que podríamos haber imaginado cada uno de nosotros cuando comenzamos a formarnos como docentes. Los primeros resultados de estos programas de desarrollo de las capacidades emocionales y sociales de los docentes son alentadores, muestran de forma empírica que es posible el cambio de modelo de una escuela tradicional a una escuela más integradora que une lo intelectual y lo emocional como un contexto facilitador del desarrollo global de nuestros alumnos. El reto para nuestra sociedad y nuestro sistema educativo reside en saber extender esta formación a todos los docentes, para que no se trate de una formación anecdótica y puntual en algunos centros muy concretos llenos de sano romanticismo y entusiasmo.

Un proceso de cambio que puede parecerle utópico a algunos en estos años de crisis económica, pero que el curso de los tiempos está convirtiendo en una necesidad imperiosa y no en un lujo superfluo. Para resolver las contradicciones y paradojas de la sociedad del siglo XXI necesitamos una escuela saludable, competente y feliz, y esto será una misión imposible sin docentes emocionalmente inteligentes (Fernández-Berrocal, P., et al., 2008).

✓ LA MEDIACIÓN PEDAGÓGICA

Lo que no se hace sentir no se entiende, decía Simón Rodríguez, y lo que no se entiende no interesa. Y lo que no se comprende no se aprende cita Morales-Linares (2005). Sentido viene de sentir. Si queremos dar sentido a lo que hacemos, es evidente que el sentimiento, la intuición, la emoción, la percepción connotativa es el camino a seguir. Todo lo que el estudiante haga, tiene que tener sentido para él. Cualquier actividad, cualquier tarea sin sentido lejos de educar, deseduca. El sentido no se traspa, no se enseña; el sentido se construye, se hace y rehace en un proceso de descubrimiento y enriquecimiento permanentes (Gutiérrez, F., 2002).

No son los conocimientos, saberes, verdades y valores que se transmiten a través de discursos los que dan sentido a la vida. El sentido se entreteje de otra manera, desde las relaciones inmediatas, desde cada ser desde los sucesivos contextos en los cuales se vive, desde los procesos, desde las relaciones significativas. Si el sentido se hace y se rehace en el hacer cotidiano, resulta claro que el sentido, dentro de la práctica educativa tiene que ser pedagógica, porque requiere de un método; y en consecuencia, de estrategias y procedimientos pedagógicos. O promovemos un aprendizaje con sentido o por el contrario, imponemos un aprendizaje sinsentido. El aprendizaje con sentido forma protagonistas, seres para los cuales todos y cada una de las actividades, todos y cada uno de los conceptos significan algo para la propia vida (Gutiérrez, F., 2002).

¿Qué significa “significar” en educación?

Ante todo dar sentido a lo que hacemos, compartir sentidos, impregnar de sentido lo que hacemos, compartir sentidos, impregnar de sentido muchas de las prácticas de la vida cotidiana y comprender el sinsentido de muchas otras. La capacidad de dar sentido, de significar el mundo y la propia experiencia, pasa también por la capacidad de criticar los sentidos y los sinsentidos ajenos. Nada más lejos de la educación, así entendida, que una obediencia ciega y un repetir lo que nada le significa a uno (Gutiérrez, F., 2002).

La propia significación es consecuentemente el punto de partida de la significación del mundo. Las dos trampas que sustentan los sinsentidos en la educación son: la objetividad y la estaticidad. Con la primera, lo científico pretende excluir del proceso educativo los inapreciables e insustituibles aportes de la subjetividad. Esa realidad objetiva y sistematizada que conforma y alimenta la enseñanza tradicional no es la sentida y vivida por el estudiante actualmente. Es así como *“se desconecta, en forma sistemática, el pensar del sentir, lo observado del observador, la subjetividad de la objetividad, como si fueran separables y divisibles. La verdad es que no podemos interpretar, entender el mundo sin examinarnos, sin llegar a entendernos a nosotros mismos”* (Kuitenbrouwer, J., 1992).

El retraso emocional y el subdesarrollo de la sensibilidad explican ampliamente la deshumanización de nuestra sociedad. Los seres humanos de hoy, más que hacerles falta ideas y razones para vivir felices y realizados, les hacen falta motivos del corazón y el sentido de la vida. Como asegura Víctor Frankl (1999) la enfermedad esencial es la falta de sentido que les sume en el vacío existencial.

La percepción mínimamente crítica del sistema educativo nos hace ver los signos clarísimos de inflexibilidad, de ausencia de interrelaciones significativas y de auto organización. Los objetivos preestablecidos lejos de favorecer el proceso educativo son, con frecuencia, causa de inflexibilidad, conformismo, rutina e indiferencia. La educación tiene que ser simplemente un proceso vital donde el estudiante en forma inteligente y comprometida logra crear y recrear sentidos (Gutiérrez, F., 2002).

Entendemos por Mediación Pedagógica el tratamiento de contenidos y formas de expresión de los diferentes temas a fin de hacer posible el acto educativo, dentro del horizonte de una educación concebida como participación, creatividad, expresividad y relacionalidad. Lo alternativo, como proceso, apunta a educar para la incertidumbre, gozar la vida, la significación, la expresión, convivir, apropiarse de la historia y de la cultura. La búsqueda de un sentido en sistemas tradicionales colmados de sinsentido, en situaciones sociales cada vez más difíciles y cambiantes, es la condición más importante de cualquier propuesta alternativa (Gutiérrez, F., 2002).

No hay ser humano posible sin mediaciones. No hay cultura posible sin mediaciones. La mediación pedagógica consiste en la tarea de acompañar y promover el aprendizaje. La tarea de construirse de apropiarse del mundo y de uno mismo, desde el umbral del otro, sin invadir, ni abandonar. La tarea de mediar culmina cuando el otro ha desarrollado las competencias necesarias para seguir por sí mismo (Prieto, D., 1997).

El primer compromiso de una institución educativa es con el aprendizaje de sus estudiantes. Más aún: la función fundamental de una universidad, es la de promover y acompañar el aprendizaje. Cuando una institución educativa se desatiende del aprendizaje de sus estudiantes, se desatiende de su futuro y de su razón de ser. Si ello sucede, educadores, y estudiantes están literalmente desmotivados, poco y nada se mueve en ellos y entre ellos. La crisis de la

universidad es también una crisis de la pasión. Pasión por enseñar, por comunicar, por compartir las prácticas de aprendizaje.

No caemos en la trampa de atribuir todos los problemas, o las virtudes, de un sistema educativo a los docentes. Sin embargo, una vez que analizamos los condicionamientos que pesan sobre su práctica, no podemos dejar de lado lo correspondiente a la relación en el aula. Es allí donde se juega el aprendizaje. Se aprende de un educador:

- a) Capaz de establecer relaciones empáticas con sus interlocutores.
- b) Cuyo método de relación se fundamenta en la personalización, donde hay diálogo, intercambio de puntos de vista.
- c) Capaz de comunicar de manera clara cualquier información.
- d) Entusiasta por su materia.
- e) Apasionado por el conocimiento.
- f) Sensible a las variaciones del contexto.
- g) Persuadido de que ningún espacio temático está cerrado.

A los educadores nos toca navegar de manera constante por el variado océano de la cultura para rescatar horizontes y arco iris, fuegos y abismos, que de éstos también se aprende (Prieto, D., 1997).

Es posible avanzar en un proceso de ínter aprendizaje, los jóvenes aprenden entre ellos. El grupo constituye un espacio en el que se aprende a buscar información en forma ordenada y conjunta; a interactuar y a escuchar a los demás; a seleccionar alternativas por consenso, a imaginar caminos nuevos; a aceptar la crítica y a corregir errores. Cuando un grupo funciona, cuando todos y cada uno pasan a integrarse en un proceso de búsqueda, procesamiento y aplicación de información, cuando se comparten acuerdos mínimos y se avanza entre consensos y disensos, estamos ante un recurso riquísimo para progresar en el aprendizaje. Un grupo en el campo de la educación es valioso por su productividad. Pero hacer productivo un grupo significa mucho trabajo para el

educador. Es necesario aprender a coordinar, a colaborar en la búsqueda de fuentes de información, a compartir experiencias e incertidumbres, a lograr un avance conjunto, a fomentar la tolerancia y el ínter aprendizaje (Prieto, D., 1997).

- **FORMACIÓN EDUCATIVA HOLISTA**

El texto Paralelo es una intrincada trama de material sólido, firme, permanente, la cual es muy difícil de romper, llamada Aprendizaje. Es una estrategia para lograr que la trama conforme se vaya desarrollando en cada uno de nosotros se forme un tejido de conocimiento. Cuyas líneas objeto o fenómenos correspondientes o semejantes nunca se unen pero establece un contacto. **Para lograr lo anterior es importante tener claras cinco instancias de aprendizaje: el maestro, el texto, el contexto, el grupo y uno mismo.** Trabajar el proceso educativo con éstas asegura un aprendizaje integral, a diferencia del sistema tradicional en el cual se trata de llenar conocimientos en la cabeza de los alumnos. La experiencia de elaborar un Texto Paralelo permite que nos apropiemos de nuevos conocimientos mediante el esfuerzo de contextualización y personalización, lo que lleva a la creación y recreación de conocimientos con un aprendizaje significativo (Grajeda, G., 1995).

Con relación a los falsos supuestos en la educación, existe un proceso de condicionamiento hacia los niños para que acepten la ideología de la cultura materialista; los niños que se salen de la norma son clasificados como *“desadaptados”* o de *“lento aprendizaje”*; ante sus cualidades diferentes son descalificados y concebidos como pequeños salvajes. Otro falso supuesto de la educación mecanicista se refiere a que todos los niños aprenden de manera similar y a la misma velocidad. Fiel reflejo del modelo de línea de ensamblaje, este supuesto borra toda diferencia individual y creativa de los niños y los mete en un proceso de aprendizaje estandarizado e insensible a

las particularidades de cada conciencia infantil. Confundiendo la escuela con una fábrica, los maestros no respetan pausas, cambios ni altos en el proceso de aprendizaje. Sin embargo, ahora sabemos que existen diferentes estilos de aprendizaje y que no todos aprenden a la misma velocidad. Aprender de manera diferente y a distinta velocidad es sinónimo de fracaso escolar, es reconocer la propia identidad y la diversidad educativa como uno de los fundamentos de una educación consciente y respetuosa del proceso de aprendizaje de cada cual (Gallegos, R., 1999).

Cuando un docente se involucra a conciencia, comienza a creer en la inteligencia múltiple; reconoce los estilos de aprendizaje en sus estudiantes, acepta la tarea de que motivar a sus estudiantes es un compromiso primordial y cuestiona la adecuación de las técnicas de evaluación en función de cómo aprenden sus estudiantes. Si los estudiantes participan activamente tendrán mejores niveles de autoestima provocando personas seguras y comprometidas. Identifican con facilidad las destrezas de sus compañeros y compañeras de estudio y, por ende, las propias conocen sus potencialidades y debilidades. Identifican sus límites y perciben lo que es el éxito con la exactitud en el aprendizaje (Aragón, M., 2000).

Lo que con mayor frecuencia recordamos mejor sobre nuestros profesores no es exactamente lo que nos enseñaban, sino cómo eran. Todos necesitamos actuar de forma que ayudemos a los alumnos a que se acuerden de nosotros de manera activa, haciendo lo que siempre les hemos dicho que deberían hacer ellos mismos. Por ejemplo aprender a preguntar permite el desarrollo del razonamiento, así como aprender a contestar; mediante estas capacidades analíticas se proporciona a los estudiantes la oportunidad de comparar, contrastar, analizar, evaluar y explicar.

Estas capacidades pueden enseñarse mediante modelos en donde se practiquen las siguientes fases: a) familiarización, b) resolución de problemas dentro del grupo, c) resolución de problemas entre los diferentes grupos, d) la resolución de los problemas individualmente, e) la resolución imaginativa de los problemas, es a lo que lleva el ingenio a lo cual normalmente no se le presta mucha atención, pero es particularmente importante en la vida real (Sternberg, R., Spear-Werling, L., 1996).

La visión holista es una visión de totalidad de la realidad y la educación holista es una visión integral de los procesos educativos en sentido amplio. Los cinco niveles de totalidad son los siguientes: el ser humano, la comunidad, la sociedad, el planeta y el cosmos. Adicionalmente uno de los principios más importantes de la educación holista es la "*Transdisciplinariedad*"; esto significa la superación del conocimiento como fragmentos inconexos tal y como se presenta en las disciplinas académicas actuales. Y para vivir esta interdependencia necesitamos aprender a pensar en términos de interrelación, cooperación y procesos no lineales. La interdependencia es un principio compartido tanto por la física cuántica como por la filosofía perenne cuando observan la realidad.

Gang, Mayer y Meyerhof han señalado siete principios educativos que derivan de la interdependencia y tienen un enorme significado en el proceso de aprender:

1. Todo está vivo: el universo y todo lo que contiene posee vida: desde el más pequeño organismo hasta el ser humano, están vivos.
2. Una misma energía: mente y materia son parte de una sola energía, sólo vibran a diferentes frecuencias, forman parte de un espectro de realidad.
3. Manifestación: toda manifestación es energía, somos los creadores de nuestro mundo, tenemos el poder para transformar.

4. Causa y efecto: es entendida en forma no lineal como un proceso dinámico, como acción-consecuencia, y en educación significa responsabilidad.
5. Atracción: es la fuerza que mantiene las cosas juntas a través de la radiación y el magnetismo.
6. Amor: es el motivo que empuja todas las manifestaciones, el amor construye el orden.
7. Relaciones humanas correctas: son la llave de la armonía dentro de la familia humana; empieza con una adecuada relación con uno mismo para expandirse luego a los demás (Gallegos, R., 1999).

En la educación holista necesitamos movernos hacia una nueva visión de la inteligencia, una inteligencia holística capaz de solucionar creativamente los complejos problemas del siglo XXI, basada en principios que nutran el espíritu humano, la cual necesita de las siguientes características:

1. Abierta a las relaciones humanas.
2. Que cultive la conciencia en los diferentes contextos de la vida.
3. Reconoce que la inteligencia humana se expresa por medio de diversos estilos y capacidades.
4. El pensamiento holístico es contextual, intuitivo y creativo.
5. Aprender es un proceso de toda la vida, de todas las situaciones, de autoconocimiento como una actividad social.
6. Aprender es un proceso social, corporal, cognitivo, emocional, estético y espiritual.
7. El currículum holístico es transdisciplinario, integral y contextual, es una expresión de los intereses y necesidades de la comunidad de aprendizaje.
8. Es una educación dirigida al despertar de la inteligencia, a la capacidad de discernir lo verdadero de lo falso.
9. El conocimiento se realiza por medio de cinco relaciones epistemológicas, igualmente válidas (Gallegos, R., 1999).

✓ **APRENDIZAJE Y FLUJO: UN NUEVO MODELO DE EDUCACIÓN**

Debido a que el estado del flujo surge en la zona en que una actividad desafía a la persona a desarrollar el máximo de sus capacidades, a medida que su habilidades aumentan, la entrada en el estado de flujo supone un desafío elevado que se constituye en un prerrequisito del dominio de un oficio, una profesión o un arte y también del aprendizaje. Los alumnos que alcanzan el estado de flujo mientras estudian se desempeñan mejor, al margen del potencial que indique sus habilidades.

En estudios con estudiantes de secundaria – que habían alcanzado el puntaje máximo en una prueba de habilidad matemática – estaban los de bajo y alto rendimiento. No fue sorprendente que los de bajo rendimiento pasaran sólo quince horas en casa y los de alto rendimiento veinte y siete horas en el mismo periodo. Los de bajo rendimiento pasaban las horas en actividades sociales: frecuentando sus amigos y su familia. Cuando se analizan sus estados de ánimo, surgió una conclusión reveladora: tanto los de alto como los de bajo rendimiento pasaban gran cantidad de semanas aburridas con actividades como ver televisión, que no suponía ningún desafío a sus habilidades. Pero la gran diferencia para los de alto, el estudio les permitía acceder al estado de flujo durante 40% de las horas dedicadas para ello. Pero los de bajo rendimiento sólo 16% de las horas; en la mayor parte de los casos provocaban ansiedad y las exigencias superaban su capacidad. Los de bajo rendimiento encontraban placer y estado de flujo en la socialización, no en el estudio.

En resumen: los alumnos que alcanzaban el nivel de su potencial académico y algo más, se ven atraídos al estudio con mayor frecuencia porque esto los coloca en estado de flujo. Lamentablemente, al no lograr agudizar sus habilidades que podrían llevarlos al estado de flujo, los de bajo rendimiento

pierden el deleite del estudio y al mismo tiempo corren riesgo de limitar el nivel de las tareas intelectuales que les resultarán agradables en el futuro.

✓ **LAS CARACTERÍSTICAS DEL FLUIR EN LA CREATIVIDAD**

La creatividad supone la producción de novedad. El proceso de descubrimiento que supone crear algo nuevo parece ser una de las actividades más agradables a las que puede dedicarse un ser humano. Csikszentmihalyi (1998) propone, luego del análisis de entrevistas, ciertas características del fluir:

- ✓ **La claridad de metas:** En ciertas circunstancias, el proceso creativo comienza con la meta de resolver un problema que alguien plantea a la persona o que es sugerido por el estado en que se encuentra el campo. Además, cualquier cosa que no funcione tan bien como podría hacerlo puede representar una meta clara para el inventor.
- ✓ **Saber en qué medida lo está haciendo bien:** Los juegos están para que podamos llevar la puntuación y saber lo bien que lo estamos haciendo. La mayoría de los trabajos dan cierto tipo de información acerca del rendimiento: el vendedor puede sumar sus ventas diarias, el montador puede contar las piezas producidas. Si todo falla el jefe puede decirte en que medidas lo está haciendo bien. Pero el artista, el científico y el inventor se mueven en diferentes derroteros. Por eso, la solución que las personas creativas desarrollan es interiorizar los criterios de juicio del ámbito para darse a sí mismos información sobre el resultado de lo que están haciendo sin tener que esperar a oír a los expertos.
- ✓ **Equilibrar dificultades y destrezas:** La dedicación a un problema creativo rara vez es fácil. De hecho, para que sea agradable debe ser ardua, y por supuesto, lo es, casi por definición. Nunca es fácil hacer cosas nuevas, aventurarse en lo desconocido. Cuando uno parte, las dificultades pueden parecer casi insuperables. Las estrategias que desarrollan las personas creativas no siempre tienen éxito. Asumen riesgos, y ¿qué es un riesgo sin un fracaso ocasional? Cuando las dificultades son demasiado grandes para que la persona las afronte, se

empieza a insinuar una sensación de frustración más que de gozo, al menos un lapso de tiempo.

- ✓ **Mezcla de actividad y conciencia:** Cuando las dificultades son proporcionales, el proceso creativo comienza a bullir, y todas las demás inquietudes quedan temporalmente arrinconadas ante la profunda entrega a esas actividades.
- ✓ **Evitar distracciones:** Muchas de las peculiaridades atribuidas a las personas creativas, en realidad son maneras de proteger el enfoque de su concentración para perderse en el proceso creativo. Las distracciones interrumpen el flujo, y se puede tardar horas en recobrar la paz mental que se necesita para continuar con el trabajo. Así, problemas serios de salud, familiares o financieros, pueden llegar a ocupar la mente de una persona tan persistente que la incapaciten para dedicar suficiente atención al trabajo.
- ✓ **Olvido del yo, del tiempo y del entorno:** Cuando las distracciones se dejan a un lado, y las demás condiciones para que se dé el flujo se cumplen, el proceso creativo adquiere todas las dimensiones de flujo. Así lo describe el poeta Mark Strand (Csikszentmihalyi, 1998:

“Bueno te encuentras a gusto en el trabajo, pierdes el sentido del tiempo, estás completamente arrebatado, completamente atrapado en lo que estás haciendo, y como sacudido por las posibilidades que ves en este trabajo”.

Howard Gardner (1983), que desarrolló la teoría de las inteligencias múltiples, considera el estado de flujo y los estados positivos que lo caracterizan como parte de la forma más saludable de enseñar a los jóvenes, motivarlos desde el interior más que amenazándolos u ofreciéndoles una recompensa. Porque la persona aprende de forma óptima cuando tiene algo que le interesa y obtiene placer de ello.

Lo que se espera es que cuando los alumnos alcancen el estado de flujo gracias al aprendizaje se sentirán estimulados a aceptar desafíos en nuevas áreas. En un sentido más general, el modelo del estado de flujo sugiere que

idealmente alcanzan el dominio de una habilidad o conjunto de conocimientos con naturalidad, mientras el alumno es atraído a aspectos que los comprometen espontáneamente y que en esencia son de su agrado y dado que es necesario forzar límites de la propia capacidad para sostener el estado de flujo, esto se convierte en un motivador esencial para hacer las cosas cada vez mejor. En síntesis, buscar el estado de flujo a través del aprendizaje es una forma más humana, más natural y muy probablemente más eficaz de ordenar las emociones al servicio de la educación.

9.8 LA CIENCIA Y SUS PARADIGMAS

No es difícil decir o cantar *“todo cambia”*, cuando uno quiere que el mundo cambie, pero cambiarse a sí mismo es el único proceso de cambio que, en cierto modo, uno (a) tiene en sus manos. Es difícil, pide sacrificios que afectan el propio ser como ego y su expansión. Por esta razón se declara *“espacio prohibido de entrar”* o *“terreno privado”* en la cultura liberal occidental. Buda y Heráclito tenían razón: *“Todo cambia, nada es permanente”*. El empuje hacia la permanencia de la in-permanencia en la cual todas las formas de vida están en flujo constante, es el que invita a los seres humanos a liberarse de su necesidad de buscar demasiadas seguridades y de reconocer el fondo de su humanidad: reconocer que uno no existe para sí mismo y que hay un destino común para la humanidad en su conjunto, que comienza con el compartir.

Los descubrimientos de la teoría cuántica y de la relatividad, es decir de la nueva física, que señalan que no hay objetividad y que somos nosotros mismos, por la calidad y modo de nuestra percepción, quienes generamos y creamos la realidad tal como ella se desenvuelve, implican una ruptura epistemológica radical con la percepción mecanicista anterior. No podemos

interpretar, entender el mundo, hablar del mundo, sin examinarnos, sin llegar a entendernos a nosotros mismos (Kuitenbrouwer, J., 1992).

El Doctor Larry Dossey (1982), exitoso escritor y estudioso de la metafísica, los acontecimientos no circunscritos tienen tres importantes características que los distinguen: están correlacionados de manera independiente, absoluta e inmediata; en otras palabras parecen bailar al mismo son, aunque no están comunicándose entre sí en el sentido convencional. Éste es el significado de independiente. La inteligencia no circunscrita está en todas partes a la vez, y puede causar múltiples efectos simultáneos en varios lugares. La observación es la que convierte la posibilidad en realidad; léase entonces el experimento mental conocido como la paradoja Einstein-Podolsky-Rosen, en donde quedó demostrado que las leyes de la física cuántica son válidas y que la comunicación o conexión no circunscrita es una realidad (Chopra, D., 2005).

La comunicación instantánea que vemos comúnmente en parvadas y cardúmenes proviene del nivel espiritual, de la inteligencia no circunscrita y organizadora que reside en el ámbito virtual. El resultado es la sincronicidad: seres totalmente sintonizados con el entorno y con todos los demás, bailando al ritmo del cosmos. Nuestras mentes interpretan la observación de distinta forma, pero la que está condicionada por la experiencia es nuestra alma individual; ésta influye en las elecciones e interpretaciones por los recuerdos de experiencias pasadas. Estos pequeñísimos granos o semillas de memoria se acumulan en el transcurso de la vida y la combinación de recuerdos e imaginación basada en la experiencia recibe el nombre de karma. Eso es el sincrodestino: aprovechar la conexión entre las almas, personal y universal, para moldear nuestras vidas.

El cuerpo humano está formado, aproximadamente, por cien mil billones de células, el cuerpo humano sólo puede funcionar si opera sincrónicamente y esto ocurre a través de la correlación no circunscrita; ¿de qué manera se podrían coordinar tantas y distintas actividades para sostener a un ser humano viviente?

Las investigaciones muestran que cuando pensamos creativamente, nos sentimos tranquilos o estamos enamorados, estas emociones generan un campo electromagnético coherente que se transmite al resto del cuerpo. En un cuerpo saludable, esta sincronización manifiesta una regulación perfecta. Cuando hay enfermedad es porque uno de ellos se perturbó. El estrés es lo que produce más trastornos, porque alguna parte está empezando a constreñirse, porque se está saliendo del campo de la inteligencia no circunscrita. Hay muchas emociones que pueden perturbar el campo electromagnético del corazón, pero las que más se han documentado con más precisión son la ira y la hostilidad. Una vez que se interrumpe la sincronización, el cuerpo actúa de manera desintegrada. El sistema inmunológico se inhibe, y esto acarrea problemas con mayor susceptibilidad al cáncer, las infecciones y el envejecimiento acelerado. Este efecto es tan marcado que los animales pueden percibirlo. A donde quiera que vayamos, transmitimos lo que somos en este nivel íntimo. Toda la naturaleza es una sinfonía y formamos parte de ella. Conforme la Tierra gira sobre su eje, nos da los ritmos circadianos (Chopra, D., 2005).

El modo en que una cultura considere una determinada enfermedad tiene un profundo impacto en el modo en que los individuos la abordan, lo cual puede llegar a influir directamente en el curso de la misma enfermedad física. De hecho, existen muchas enfermedades que no pueden siquiera definirse sin hacer referencia al trasfondo cultural compartido. El cuadrante inferior izquierdo incluye todo el extraordinario abanico de factores inter subjetivos que tan cruciales resultan para cualquier interacción humana, como el intercambio de comunicación entre doctor y paciente, las actitudes de la familia y los amigos y del modo en que se relacionan con el paciente; la aceptación cultural de la enfermedad y hasta los mismos valores culturales que se ven amenazados por esa enfermedad. En cierta medida, todos esos factores inciden tanto en la génesis como en la curación de la enfermedad física. La mayor parte de las enfermedades tienen causas y tratamientos que incluyen las dimensiones emocionales, mentales y espirituales (Wilber, K., 1996).

La mayoría de las filosofías orientales sostienen que vivimos en un mar luminoso y vital de energía. Los yoghis llaman a esto “*prana*”. La acupuntura oriental acepta la existencia de esta misma energía y le llama “*chi*”. Esta energía está en la atmósfera y circula también por determinados conductos del cuerpo según la medicina china. La respiración nos permite extraer una mayor cantidad de prana del aire. El cuerpo acumula prana igual que acumula electricidad una batería. Esta energía da vitalidad al cuerpo y alimenta la conciencia. Se dice que el prana como el oxígeno, nos mantiene activos, percibámoslo o no. En 1968, los científicos soviéticos proclamaron que habían descubierto un nuevo sistema energético en el cuerpo humano, como la aurora boreal y le llamaron energía bioplasmática. Utilizando la fotografía eléctrica de alta frecuencia la denominaron Técnica Kirlian. Los checos le llamaron a esta energía “*psicotrónica*”. Otros científicos norteamericanos como la Dra. Bárbara Brown, fisióloga pionera de la biorrealimentación (biofeedback) descubrió que el ser humano puede aprender a controlar funciones orgánicas involuntarias. El Doctor Harold Burr, de Yale, descubrió hace varias décadas que todas las cosas vivas están rodeadas de una red de energía, de unos campos electrodinámicos que pudo medir con un voltímetro. Estos campos de vida son la conexión entre la mente, el cuerpo y el cosmos; y son los medios por lo que la mente influye en el cuerpo (Ostrander, S., Schroeder, L., 1980).

La mente es un holograma que registra toda la sinfonía de acontecimientos vibratorios cósmicos. Karl Pribram, et al., (2001) están descubriendo que la mente es una red neural que codifica de una manera holográfica toda la información del universo. Lo mismo que cualquier célula codifica toda la información necesaria para reproducir el cuerpo entero, cualquier mente recapitula asimismo todos los acontecimientos cósmicos. La ciencia y el misticismo señalan que el yo puede ser ubicuo. La mente no conoce barreras. El aforismo primero de la filosofía perenne es que lo superior no puede explicarse por lo inferior o lo derivado de lo inferior; lo inferior se crea de lo superior, proceso que se denomina “*involución*”. Finalmente la teoría cuántica nos obliga a ver el universo, no como una colección de objetos físicos, sino más

bien como una red compleja de relaciones entre las distintas partes de un todo unificado. Todas las partículas físicas se componen dinámicamente unas de otras de manera auto consistente, y en ese sentido puede decirse que “*contienen*” la una a la otra. En esta teoría el énfasis se pone en la interacción, o “*interpenetración*”, de todas las partículas (Wilber, K., 2001).

Finalmente, nada tiene lugar sin una razón suficiente; es decir, si alguien tiene suficiente conocimiento, siempre puede explicar por qué las cosas pasan de ese modo. El caos del cambio es nuestra oportunidad para refinar nuestras creencias, conservar la parte que funciona y desprendernos de lo que ya no nos sirve. Una vez más se nos recuerda que las decisiones que tomamos a diario determinarán la duración y la gravedad de nuestros días de adversidad. La profecía de los hopi nos recuerda que la forma en que vivimos nuestras vidas determina el camino que vamos a seguir. La elección está en nuestras manos. La mente es la matriz de toda la materia (Braden, G., 2002).

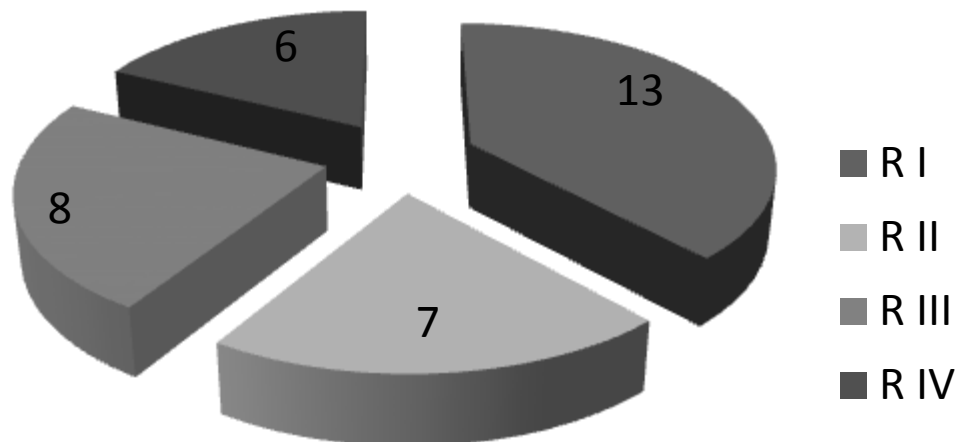
10. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

10.1 GRÁFICAS

Los resultados de la Gráfica # 1, representan la distribución de acuerdo al año de residencia que están cursando; el número total de sujetos investigados fue de 34, los médicos residentes de primer año correspondían al 38.2% (13), los de segundo año 20.6% (7), tercer año 23.5% (8) y cuarto año 17.6% (6).

GRÁFICA # 1
DISTRIBUCIÓN POR AÑO DE RESIDENCIA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

Datos expresados en cifras absolutas.

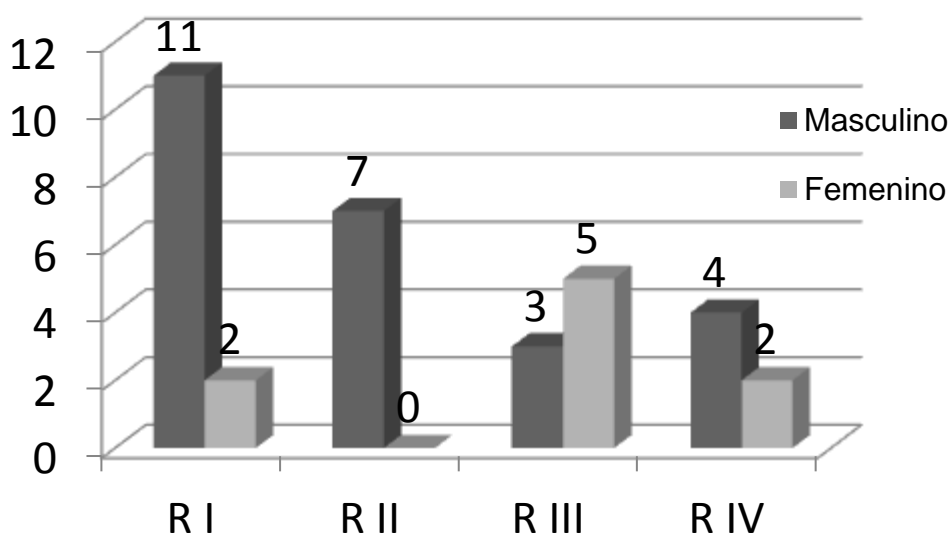


Fuente: Resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

Los resultados de la Gráfica # 2, representan la distribución de los médicos residentes por sexo. El número total de sujetos investigados fue de 34, los médicos del sexo masculino son 73.5% (25), mientras que las mujeres corresponden al 26.5% (9). El sexo masculino predomina en los distintos años exceptuando en el tercero donde la relación hombre/mujer se invierte. La relación hombre/mujer desde el primero hasta el último es: 11/2, 7/0, 3/5 y 4/2.

GRÁFICA # 2
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

Datos expresados en cifras absolutas.

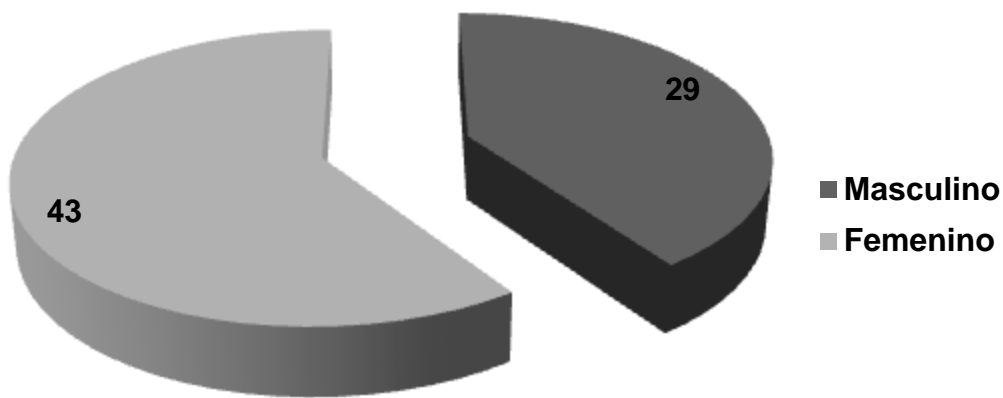


Fuente: resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

Los resultados de la Gráfica # 3, representan la distribución de los estudiantes de medicina por sexo. El número total de sujetos investigados fue 72, de los cuales 29 eran del sexo masculino, representando 40.3%, mientras que las mujeres eran 43 y correspondían al 59.7% (9). El sexo femenino predominó en este subgrupo de estudio, con una relación mujer/hombre en 1.5.

GRÁFICA # 3
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

Datos expresados en cifras absolutas.



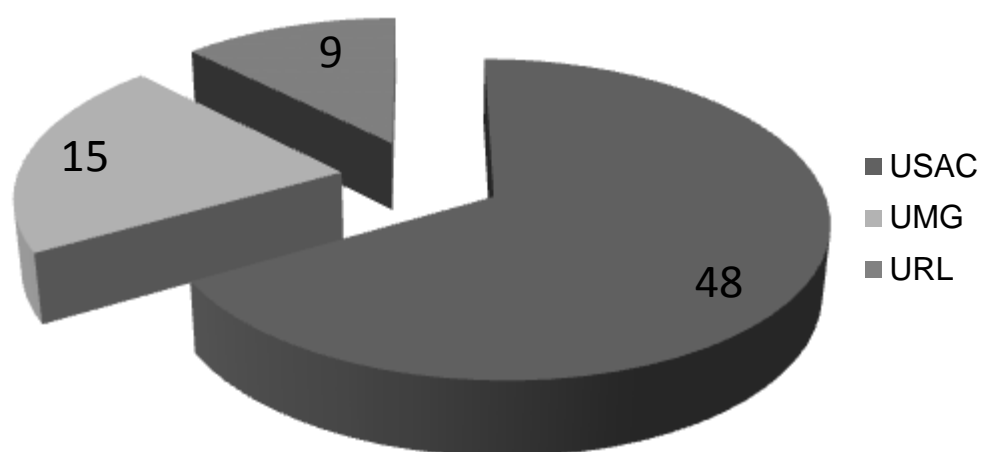
Fuente: Resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

Los resultados de la Gráfica # 4, representan la distribución de los estudiantes de medicina por universidad a la que pertenecen. El número total de sujetos investigados fue 62, 48 (77.4%) pertenecen a la Universidad de San Carlos, 15 (24.2%) a la Mariano Gálvez y 9 (14.5%) a Rafael Landívar.

GRÁFICA # 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES EXTERNOS DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA POR UNIVERSIDAD EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

Datos expresados en cifras absolutas.

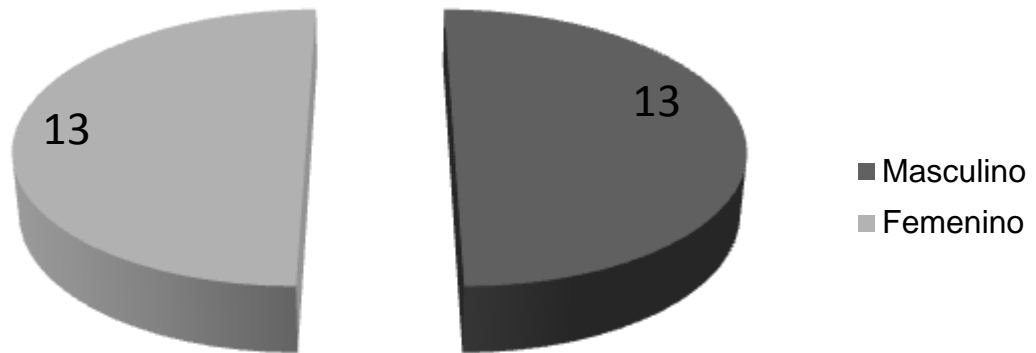


Fuente: resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

Los resultados de la Gráfica # 5, representan la distribución de los estudiantes de medicina del sexto año y corresponden a los estudiantes de medicina que se encuentran en ejercicio profesional supervisado (EPS), son un total de 26 y la distribución por sexo es del 50% para cada grupo.

GRÁFICA # 5
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS INTERNOS DEL DEPARTAMENTO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

Datos expresados en cifras absolutas.

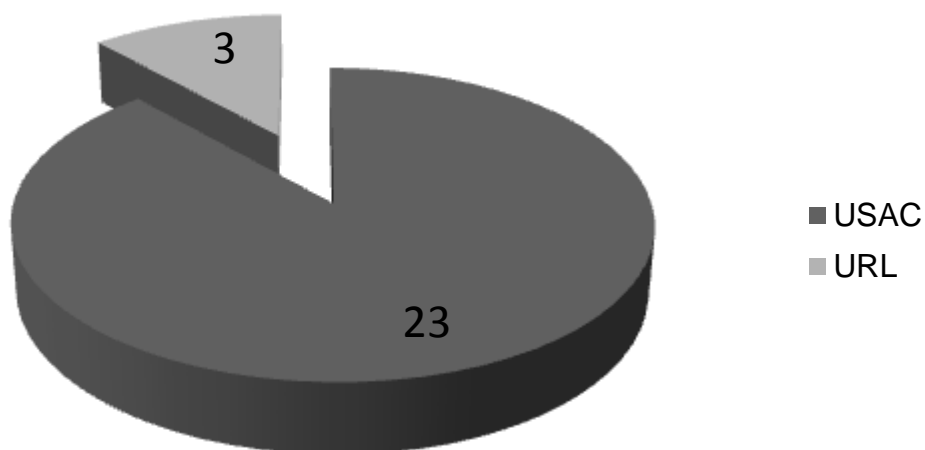


Fuente: resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

Los resultados de la Gráfica # 6, representan la distribución de los estudiantes de medicina del sexto año que están realizando el ejercicio profesional supervisado (EPS), 23 pertenecen a San Carlos (88.5%) y 3 a Landívar con el 11.5%.

GRÁFICA # 6
DISTRIBUCIÓN POR UNIVERSIDAD DE LOS INTERNOS
DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

Datos expresados en cifras absolutas.



Fuente: resultados obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

10.2 RESULTADOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA: EXTERNOS E INTERNOS DE CIRUGÍA.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Tabla # 1, el número total de sujetos investigados es de 152; 56% correspondían a mujeres y 44% a hombres; 72 personas eran estudiantes de medicina (externos); 22% de las personas eran médicos residentes y 20% enfermeras; los estudiantes del sexto año (EPS hospitalario) rotaron por el programa de cirugía fueron 26.

TABLA # 1
SUJETOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN EN INTELIGENCIA EMOCIONAL, DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL ROOSEVELT.

Distribución por sexo y puesto de trabajo en el hospital.

#	Sujetos	Hombres	Mujeres	TOTAL
1	Externos	29	43	72 (47%)
2	Internos	13	13	26 (17%)
3	Residentes	25	9	34 (22%)
4	Enfermeras	0	20	20 (13%)
	TOTAL	67 (44%)	85 (56%)	152 (100%)

Fuente: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección de datos: TMMS-24 y CIC.

En la Tabla # 2, se presentan los resultados obtenidos con relación al componente **“percepción”** luego de la aplicación del instrumento de Inteligencia Emocional TMMS-24 a 73 estudiantes externos, cuyos resultados más relevantes evidencian que 49.3% tanto de hombres como mujeres prestan poca atención a sus sentimientos, además 5.5% debe mejorar la capacidad de sentir y expresar éstos en forma adecuada. En cuanto a las mujeres, el 60.5%

no prestan atención a sus sentimientos, ni los expresan. Además con la **“comprensión”** los resultados más relevantes evidencian que 58.9% de los estudiantes presentan adecuada comprensión de sus estados emocionales con la medición de este instrumento, pero existe 28.8% de estudiantes de ambos sexos que deben mejorar dichos componentes. Ahora bien con la **“regulación”** 50.7% de los estudiantes presentan adecuada regulación de los estados emocionales con la medición de este instrumento, poseen 20.5% de deficiencia en este componente y 28.8% de estudiantes de ambos sexos poseen excelente regulación de las emociones.

TABLA # 2

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN*,
COMPRENSIÓN* Y REGULACION* DE LAS EMOCIONES EN ESTUDIANTES
DE MEDICINA: EXTERNOS.**

(Distribución por sexo y componentes de la competencia en Inteligencia Emocional: datos en cifras absolutas y porcentuales).

PERCEPCIÓN	M	%	F		Total	%
Presta poca atención	10	33	26	60.5	36	49.3
Adecuada percepción	18	60	15	34.9	33	45.2
Debe mejorar	2	6.6	2	4.6	4	5.5
COMPRENSIÓN	M	%	F	%	Total	%
Debe mejorar	9	30	12	27.1	21	28.8
Adecuada comprensión	17	57	26	60.5	43	58.9
Excelente comprensión	4	13	5	11.6	9	12.3
REGULACION	M	%	F	%	Total	%
Debe mejorar	5	17	10	23.5	15	20.5
Adecuada regulación	14	47	23	53.5	37	50.7
Excelente regulación	11	37	10	23.3	21	28.8

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el instrumento de inteligencia emocional TMMS-24.

* **Percepción:** Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

* **Comprensión:** Comprendo bien mis estados emocionales.

* **Regulación:** Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente.

TABLA # 3
**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE AUTOCONCIENCIA*,
 AUTORREGULACIÓN*, MOTIVACIÓN, EMPATÍA* Y DESTREZAS
 SOCIALES* EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: EXTERNOS.**

(Distribución por sexo y habilidad práctica de la Inteligencia Emocional: datos en cifras absolutas y porcentuales).

Autoconciencia	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	18	60	31	72.1	49	67.1
No la posee	12	40	12	27.9	24	32.9
Autorregulación	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	8	27	4	9.3	12	16.4
No la posee	22	73	39	90.7	61	83.6
Motivación	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	27	90	32	74.4	59	80.8
No la posee	3	10	11	25.6	14	19.2
Empatía	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	8	26.6	10	23.3	18	24.6
No la posee	22	73.3	33	76.7	55	75.3
Destrezas Sociales	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	13	43.3	13	30.2	26	35.6
No la posee	17	56.7	30	69.8	47	64.4

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) en IE.

* **Autoconciencia:** Reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones.

* **Autorregulación:** Maneja los propios estados de ánimo, impulsos y recursos.

* **Motivación:** Tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de las metas establecidas.

* **Empatía:** Tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros.

* **Destrezas Sociales:** Implica ser un experto para inducir respuestas deseadas en los otros.

En la Tabla # 4, se presentan los resultados obtenidos con relación al componente **“percepción”** luego de la aplicación del instrumento de Inteligencia Emocional TMMS-24 a 26 estudiantes internos, cuyos resultados más relevantes evidencian que 65.4% tanto de hombres como mujeres prestan poca atención a los sentimientos, además el 11.5% debe mejorar la capacidad de sentir y expresar éstos en forma adecuada. El 69.1% y 61% de mujeres y hombres respectivamente, no prestan atención a los sentimientos, ni los expresan. Así también con la **“comprensión”** se evidencia que 30.8% de los estudiantes presentan adecuada comprensión de los estados emocionales con la medición de este instrumento. Y con la **“regulación”**, 57.7% de los estudiantes presentan adecuada regulación de los estados emocionales, 30.8% debe mejorar y 11.5% de los estudiantes de ambos sexos poseen excelente regulación de las emociones con la evaluación de este instrumento.

TABLA # 4
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN*,
COMPRESIÓN*, Y REGULACION* EN ESTUDIANTES DE MEDICINA:
INTERNOS.

(Distribución por sexo y componentes de la competencia en Inteligencia Emocional: datos en cifras absolutas y porcentuales).

Percepción	M	%	F		Total	%
Presta poca atención	8	61%	9	69.2%	17	65.4
Adecuada percepción	3	23%	3	23.1%	6	23.1
Debe mejorar	2	15%	1	7.7%	3	11.5
Comprensión	M	%	F	%	Total	%
Debe mejorar	5	38%	3	23.1%	8	30.8
Adecuada comprensión	4	31%	7	53.8%	11	42.3
Excelente comprensión	4	31%	3	23.1%	7	26.9
Regulación	M	%	F	%	Total	%
Debe mejorar	2	15.4	6	46.5%	8	30.8
Adecuada regulación	9	69.2	6	46.5%	15	57.7
Excelente regulación	2	15.4	1	7.7%	3	11.5

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el instrumento de inteligencia emocional TMMS-24.

* **Percepción:** Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

* **Comprensión:** Comprendo bien mis estados emocionales.

* **Regulación:** Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente.

En la Tabla # 5, se presentan los resultados obtenidos con relación a la habilidad práctica, definida por Daniel Goleman como **“autoconciencia”** luego de la aplicación del Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) a 26 estudiantes internos, cuyos resultados más relevantes evidencian que 53.8% de los estudiantes reconocen los propios estados de ánimo, poseen los recursos para hacerlo e identifican las intuiciones; mientras que 46.2% no la poseen, siendo el porcentaje más alto en los hombres, 61.5%. Así también, con la **“autorregulación”** se evidencia a 26 estudiantes internos, cuyos resultados más relevantes denotan que 73.1% de los estudiantes no manejan los propios estados de ánimo, ni los impulsos y carecen de los recursos para hacerlo; y de éstos el 69.2% ocurre en las mujeres y 77% en los hombres. Además, con la **“motivación”** se evidencia que 57.7% tienen tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de metas; mientras que 42.3% carecen de éstas, haciéndose más evidente en las mujeres con 69.2%. Con la **“empatía”**, luego de la aplicación del cuestionario de incidentes críticos (CIC) a 26 estudiantes internos, resulta que 84.6% no tienen conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de y por los otros; y de éstos, el 76.9% ocurre en mujeres y 92.3% en hombres. Y con las **“destrezas sociales”** se evidencia a 26 estudiantes internos, cuyos resultados más relevantes evidencian que el 73.1% no poseen la capacidad de inducir respuestas deseadas en los otros; y de éstos, el 92.3% ocurre en mujeres y 53.8% en hombres.

TABLA # 5

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA*,
AUTORREGULACIÓN*, MOTIVACIÓN*, EMPATÍA* Y DESTREZAS
SOCIALES* EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: INTERNOS.**

(Distribución por sexo y habilidad práctica de la Inteligencia Emocional:
datos en cifras absolutas y porcentuales).

Autoconciencia	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	5	38.5	9	69.2	14	53.8
No la posee	8	61.5	4	30.8	12	46.2
Autorregulación	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	3	23	4	30.8	7	26.9
No la posee	10	77	9	69.2	19	73.1
Motivación	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	11	84.6	4	30.8	15	57.7
No la posee	2	15.4	9	69.2	11	42.3
Empatía	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	1	7.7	3	23.1	4	15.4
No la posee	12	92.3	10	76.9	22	84.6
Destrezas Sociales	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	6	46.2	1	7.7	7	26.9
No la posee	7	53.8	12	92.3	19	73.1

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) en IE.

* **Autoconciencia:** Reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones.

* **Autorregulación:** Maneja los propios estados de ánimo, impulsos y recursos.

* **Motivación:** Tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de las metas establecidas.

* **Empatía:** Conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros.

* **Destrezas Sociales:** Implica ser un experto para inducir respuestas deseadas en los otros.

10.3 RESULTADOS EN LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA.

En la Tabla # 6, se presentan los resultados obtenidos con relación al componente **“percepción”** luego de la aplicación del instrumento de Inteligencia Emocional TMMS-24 a 34 médicos residentes de cirugía, cuyos resultados más relevantes evidencian que 59% tanto de hombres como mujeres prestan poca atención a los sentimientos y 41% poseen en forma adecuada dicha capacidad. El 35.3% y 23.1% de hombres y mujeres respectivamente, no prestan atención a sus sentimientos, ni los expresan. En cuanto a la **“comprensión”** se evidencia que 41% de los residentes deben mejorar la comprensión de los estados emocionales, mientras que 44% tienen adecuada comprensión, la mayor debilidad se identificó en el sexo femenino con 35.2%, sólo el 15 % tiene excelente comprensión con la evaluación de este instrumento. Mientras que con la **“regulación”** se denota que 52.9% de los residentes presentan adecuada regulación de los estados emocionales, 17.6% debe mejorar y 29.4% poseen excelente regulación de las emociones con la evaluación de este instrumento.

TABLA # 6

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN*,
COMPRENSIÓN* Y REGULACION* EN MÉDICOS RESIDENTES DE
CIRUGÍA, HOSPITAL ROOSEVELT.**

(Distribución por sexo y componentes de la competencia en Inteligencia Emocional: datos en cifras absolutas y porcentuales).

Percepción	M	%	F		Total	%
Presta poca atención	12	35.3	8	23.5	20	59
Adecuada percepción	13	38.2	1	2.9	14	41
Debe mejorar	0	0	0	0	0	0
Comprensión	M	%	F	%	Total	%
Debe mejorar	12	35.2	2	6	14	41
Adecuada comprensión	10	29.4	5	14.7	15	44
Excelente comprensión	3	8.8	2	6	5	15
Regulación	M	%	F	%	Total	%
Debe mejorar	6	17.6	0	0	6	17.6
Adecuada regulación	3	8.8	5	14.7	18	52.9
Excelente regulación	6	17.6	4	11.8	10	29.4

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el instrumento de inteligencia emocional TMMS-24.

* **Percepción:** Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

* **Comprensión:** Comprendo bien mis estados emocionales.

* **Regulación:** Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente.

En la Tabla # 7, se presentan los resultados obtenidos con relación a la habilidad práctica, definida por Daniel Goleman como **“autoconciencia”** luego de la aplicación del cuestionario de incidentes críticos (CIC) a 34 residentes, cuyos resultados más relevantes evidencian que 61.8% de los médicos residentes no reconocen sus propios estados de ánimo, no poseen los recursos para hacerlo ni identifican sus intuiciones, dicha debilidad se encuentra más en los hombres con 44.1%; mientras que sólo 38.2% sí la poseen. En la **“autorregulación”** 97.7% de los residentes no manejan los propios estados de ánimo, ni los impulsos, careciendo además de los recursos para hacerlo; y de éstos 73.5% ocurre en los hombres. Con la **“motivación”** 91% tienen tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de metas; mientras 9% carecen de éstas. Ahora bien, con la **“empatía”**, 88.2% no tienen conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de y por los otros; y de éstos, 64.5% ocurre en mujeres y 23.5% en hombres. Y con las **“destrezas sociales”** 68% no poseen la capacidad de inducir respuestas deseadas en los otros; y de éstos, 17.6% ocurre en mujeres mientras que 50% en hombres.

TABLA # 7

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA*,
AUTORREGULACIÓN*, MOTIVACIÓN*, EMPATÍA* Y DESTREZAS
SOCIALES EN MÉDICOS RESIDENTES DE CIRUGÍA, HOSPITAL
ROOSEVELT.**

(Distribución por sexo y habilidad práctica de la Inteligencia Emocional,
datos en cifras absolutas y porcentuales).

Autoconciencia	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	10	2.9	3	8.8	13	38.2
No la posee	15	44.1	6	17.6	21	61.8
Autorregulación	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	0	0	1	2.9	1	2.3
No la posee	25	73.5	8	23.5	33	97.7
Motivación	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	22	64.5	9	26.5	31	91
No la posee	3	8.8	0	0	3	9
Empatía	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	3	8.8	1	2.9	4	11.8
No la posee	22	64.5	8	23.5	30	88.2
Destrezas Sociales	M	%	F	%	Total	%
Si la posee	8	23.5	3	8.8	11	32
No la posee	17	50	6	17.6	23	68

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) en IE.

* **Autoconciencia:** Reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones.

* **Autorregulación:** Maneja los propios estados de ánimo, impulsos y recursos.

* **Motivación:** Tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de las metas establecidas.

* **Empatía:** Conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros.

* **Destrezas Sociales:** Implica ser un experto para inducir respuestas deseadas en los otros.

10.4 RESULTADOS DE ENFERMERÍA.

En la Tabla # 8, se presentan los resultados obtenidos con relación al componente **“percepción”** luego de la aplicación del instrumento de Inteligencia Emocional TMMS-24 a 20 enfermeras, cuyos resultados más relevantes evidencian 80% de las mujeres prestan poca atención a los sentimientos, mientras 20% poseen en forma adecuada dicha capacidad. Mientras que con la **“comprensión”** 45% de las enfermeras deben mejorar la comprensión de los estados emocionales, similar porcentaje para las enfermeras que la tienen adecuada. Ahora bien, con la **“regulación”**, 60% de las enfermeras presentan adecuada regulación de los estados emocionales y 15% debe mejorar.

TABLA # 8

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN*,
COMPRENSIÓN* Y REGULACIÓN* EN LAS ENFERMERAS DEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL ROOSEVELT.**

(Distribución por sexo y componentes de la competencia en Inteligencia Emocional: datos en cifras absolutas y porcentuales).

Percepción	F	%
Presta poca atención	16	80
Adecuada percepción	4	20
Debe mejorar	0	0
Comprensión	F	%
Debe mejorar	9	45
Adecuada comprensión	9	45
Excelente comprensión	2	10
Regulación	F	%
Debe mejorar	3	15
Adecuada regulación	12	60
Excelente regulación	5	25

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el instrumento de inteligencia emocional TMMS-24.

* **Percepción:** Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

* **Comprensión:** Comprendo bien mis estados emocionales..

* **Regulación:** Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente.

En la Tabla # 9, se presentan los resultados obtenidos con relación a la habilidad práctica, definida por Daniel Goleman como **“autoconciencia”** luego de la aplicación del cuestionario de incidentes críticos (CIC) a 20 enfermeras, cuyos resultados más relevantes evidencian que 45% de las enfermeras no reconocen sus propios estados de ánimo, no poseen los recursos para hacerlo ni identifican las intuiciones; mientras que 55% de ellas sí la poseen.

En la **“autorregulación”** 90% de ellas no manejan los propios estados de ánimo, ni los impulsos y carecen de los recursos para hacerlo; mientras que 10% sí la poseen. Ahora bien, con la **“motivación”** 85% tienen tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de metas; mientras que 15% carecen de éstas. Con la **“empatía”** 65% no tienen conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de y por los otros; mientras sólo 35% sí la poseen. Y con las **“destrezas sociales”** 80% no poseen la capacidad de inducir respuestas deseadas en los otros, mientras que 20% sí.

TABLA #9

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA, AUTORREGULACIÓN, MOTIVACIÓN, EMPATÍA Y DESTREZAS SOCIALES EN ENFERMERAS DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL ROOSEVELT.

(Distribución por sexo y habilidad práctica de la inteligencia emocional: datos en cifras absolutas y porcentuales).

Autoconciencia	F	%	Autorregulación	F	%
Si la posee	11	55	Si la posee	2	10
No la posee	9	45	No la posee	18	90
Motivación	M	%	Empatía	F	%
Si la posee	17	85	Si la posee	7	35
No la posee	3	15	No la posee	13	65
Destrezas Sociales	F	%			
Si la posee	4	20			
No la posee	16	80			

Fuente: Datos obtenidos al aplicar el Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC) en IE.

* **Autoconciencia:** Reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones.

* **Autorregulación:** Maneja los propios estados de ánimo, impulsos y recursos.

* **Motivación:** Tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de las metas establecidas.

* **Empatía:** Conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros.

* **Destrezas sociales:** Ser un experto para inducir respuestas deseadas en otros.

En la Tabla # 10, se presentan los resultados comparativos entre los diferentes grupos según los componentes de IE: percepción, comprensión y regulación obtenidos del instrumento de evaluación TMMS-24, evidenciando que la percepción es poca con mayor porcentaje en las enfermeras (80%), siguiéndole los internos y residentes con 65% y 59%, respectivamente. La comprensión es adecuada en los externos 59% y la regulación con 60% en las enfermeras.

TABLA # 10

RESULTADOS DE LOS COMPONENTES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA, RESIDENTES Y ENFERMERAS DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL ROOSEVELT.

(Datos presentados según los hallazgos obtenidos en cifras porcentuales).

COMPONENTES	ENFERMERAS	EXTERNOS	INTERNOS	RESIDENTES
Percepción	Poca: 80%	Poca: 49%	Poca: 65%	Poca: 59%
Comprensión	Adecuada: 45%	Adecuada: 59%	Adecuada: 42%	Adecuada: 44%
Regulación	Adecuada: 60%	Adecuada: 51%	Adecuada: 58%	Adecuada: 53%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento de evaluación TMMS-24 a los diferentes grupos.

En la Tabla # 11, se presentan los resultados comparativos entre los diferentes grupos según las habilidades prácticas de IE cuyos resultados más sobresalientes evidencian la presencia de autoconciencia, haciéndose más notoria en los externos de cirugía (estudiantes) con 67%, siguiéndole los residentes con 62%. Ahora con relación a la ausencia de autorregulación en todos los grupos, el mayor porcentaje se hizo más evidente en los residentes de cirugía. Con respecto a la presencia de motivación, 91% de los médicos sí la poseen. La ausencia de la práctica de la empatía se evidencia con mayor grado en los médicos residentes con 88%, así como la

ausencia también de las destrezas sociales, siendo este hallazgo más notorio en la enfermeras con 80%

TABLA # 11

RESULTADOS DE LAS HABILIDADES PRÁCTICAS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN RECURSO HUMANO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL ROOSEVELT.

(Datos presentados según los hallazgos obtenidos en cifras porcentuales).

HABILIDADES PRÁCTICAS	ENFERMERAS	EXTERNOS	INTERNOS	RESIDENTES
Autoconciencia	Si: 55%	Si: 67%	Si: 53%	No: 62%
Autorregulación	No: 90%	No: 84%	No: 73%	No: 97%
Motivación	Si: 85%	Si: 81%	Si: 58%	Si: 91%
Empatía	No: 65%	No: 75%	No: 85%	No: 88%
Destreza Social	No: 80%	No: 64%	No: 73%	No: 68%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento de evaluación Cuidados de Incidentes Críticos a los diferentes grupos.

10.5 RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO CON EL SUBGRUPO DE 8 ESTUDIANTES DE CIRUGÍA

Luego de seleccionado el subgrupo de 8 estudiantes de pregrado de cirugía durante un mes específico, se les envió a cada uno varias guías de trabajo que incluían instrumentos de auto evaluación para elaborar un caso clínico con un texto paralelo obteniendo material para construir su propio aprendizaje durante el transcurso del mes. En las diferentes sesiones diarias se realizaron múltiples actividades, entre éstas:

10.5.1 Sesiones de discusión y reflexión grupal acerca del caso clínico de cada estudiante partiendo de las investigaciones que cada uno de ellos realizó, involucrando aspectos relacionados con:

- Empatía, intuición, comunicación y emociones
- Principios quirúrgicos, liderazgo y consentimiento informado
- Expediente médico, valores, cirugía, medicina y medio ambiente
- Familia, anatomía, relato de experiencias médicas y fisiopatología
- Los cuales fueron surgiendo de acuerdo al caso clínico presentado por el estudiante.

10.5.2 Se realizaron múltiples “*roleplaying*”, en los cuales se simularon las posiciones por las cuales los pacientes, médicos y familiares estaban vivenciando las múltiples experiencias, con el objetivo de comprender al otro.

10.5.3 Se realizaron otros ejercicios como por ejemplo: salir a la terraza, respirar aire puro, observando y percibiendo todo lo que está a su alrededor inicialmente con los ojos abiertos y luego cerrados. La discusión se finalizó con la interacción de los estudiantes comentando la finalidad del ejercicio para ellos y sus vidas.

10.5.4 Se presentaron y discutieron las opiniones acerca de las escenas que más les impactaron al ver cada una de las siguientes películas:

10.5.5 Noches de Tormenta, Manos Milagrosas, El Doctor, Patch Adams, Situaciones Extremas.

10.5.6 Se presentaron los mensajes motivacionales expuestos por los estudiantes, quienes dieron su opinión acerca del ¿por qué? de la motivación para presentarlo.

10.5.7 Se finalizó la sesión con un proceso de retroalimentación a lo interno del grupo identificando los principales momentos de intro-aprendizaje, inter-aprendizaje y entre-aprendizaje.

10.5.8 Síntesis de aprendizaje de la estudiante Vilma:

- ❖ Siempre hay más de algo bueno en cada situación, en cada persona, en cada paciente. Pero no podía comprender el por qué de su aparición.
- ❖ Muchos de los pacientes son colaboradores ya que pretenden que uno ponga su mejor esfuerzo en aliviarlos y resolver su problema.
- ❖ Tratar a cada paciente por separado ya que cada uno de ellos puede manifestar una misma enfermedad de una y un millón de formas.
- ❖ Me di cuenta de que cada detalle cuenta.
- ❖ Comprendí una vez más el por qué no se debe suponer sobrehechos o situaciones que pudieron ocurrir en el pasado. Comprender que debemos de partir desde los métodos diagnósticos no invasivos y en último caso utilizarlos.
- ❖ No se debe encasillar a una persona en una patología solamente porque se procede en base a un tecnicismo.
- ❖ Se debe actuar con rapidez más no con irresponsabilidad y negligencia.
- ❖ Aprendí lo que debo hacer y lo que no debe de hacer en estos casos.
- ❖ En este mes comprendí que es importante que trabajemos todos en conjunto como un solo equipo, por el bien de los pacientes ya que al final serán éstos últimos los que se verán beneficiados.

- ❖ Comprendí el hecho de que las pacientes sean madres, juega un papel importante en su recuperación, debido a que, siguen al pie de la letra todas las recomendaciones brindadas, con el único fin de poder salir lo más pronto posible para poder ver y cuidar a sus hijos.
- ❖ Creo que toda mujer tiene un motivo por el cual quiere recuperarse pronto, no solamente los hijos, puede tratarse de un esposo o una madre.
- ❖ Cabe destacar que la relación médico paciente debe ser la mejor, para que la comunicación sea fluida y por lo tanto grata y así colaborar con su recuperación.
- ❖ **¡Nunca me tomo el tiempo en pensar cómo me siento!**
- ❖ **Me di cuenta de que no soy expresiva y que muchas de las cosas que me suceden no las comparto con nadie.**
- ❖ Pude comprender que no todo gira a mi alrededor y que existen muchas personas, muchas vidas que dependen del esfuerzo que emprendemos diariamente.
- ❖ La evaluación nos enseña a ser más humanos y que debemos aprender de nuestros errores.
- ❖ Mensaje compartido: *“nada sobre esta tierra puede detener al hombre que posee la correcta actitud mental para lograr su meta; nada sobre esta tierra puede ayudar al hombre con la incorrecta actitud mental.”*
- ❖ **Debemos respetar las ideas de los demás, estén o no en lo correcto.**

10.5.8 Síntesis de aprendizaje del estudiante Oscar Lionel:

- ❖ Debo esforzarme más y empeñarme más en cada cosa que hago. Luchar siempre.
- ❖ Al abrir los ojos me doy cuenta que sigo aquí en el hospital, pero sabemos que hay algo más, algo que nos hace seguir ayudando

personas, seguir siendo felices.

- ❖ Me doy cuenta de la lucha diaria que tienen los pacientes, de los sufrimientos; que viven esperando el día de la visita para ver a sus familiares.
- ❖ Mensaje compartido: “El futuro pertenece a las personas que creen en la belleza de sus sueños”.
- ❖ Mi paciente me ha enseñado a ser feliz en todo, ya que ella ríe frecuentemente, a pesar de tener una herida tan grande.
- ❖ Tuve un día de reflexiones.
- ❖ Pienso que mucho de esto es debido a que nosotros ya no pasamos tanto tiempo en nuestros hogares o no disfrutamos de la compañía de nuestra familia como solíamos hacerlo antes de estudiar medicina.
- ❖ Pude disfrutar de esa tranquilidad dentro de lo caótico que es el hospital.
- ❖ Esa experiencia los hizo darse cuenta de que tenían a alguien con quien podían contar en ese momento.

10.5.9 Síntesis de aprendizaje de la estudiante **Carmen Lucía**:

- ❖ Las experiencias me hicieron recordar que no debo afanarme, no debo dejar que el exterior influya tanto en el interior que me robe la paz y los buenos pensamientos, además que siempre hay tiempo para realizar las cosas, que es importante pensar en las necesidades de los pacientes, debido a que si a mí me agobia con unas pocas horas al día estar acá, qué podrá pasar por la mente de ellos que están en una cama limitados y con una herida expuesta adoloridos...
- ❖ También que las cosas buenas, como esta experiencia es bueno compartirla para aprender a conocer los sentimientos, pensamientos y actitudes de aquellos con quienes compartimos el día, para así interesarnos en sus necesidades, dificultades, deseos y sentimientos; conjugándolas con las nuestras para poder ser un equipo de trabajo sin miedo a mostrarnos como somos y aprender a aceptar a todos.

- ❖ Mensaje compartido: **“Todas las pasiones son buenas cuando uno es dueño de ellas, todas son malas cuando nos esclavizan”**. Rousseau.
- ❖ La medicina es mi pasión, sin olvidar que hay un mundo lleno de experiencias, riesgos y demás que se encuentra fuera de cuatro paredes, por lo que debo aprovechar el tiempo dentro del hospital para aprender, fuera de él para aplicar y dentro de mí para ordenar y tomar lo bueno, aprender de lo no tan bueno y así crecer.
- ❖ Como que las pacientes no colaboraban...
- ❖ Nos repartimos áreas y camas...
- ❖ Costaba mucho los laboratorios...
- ❖ La dicha de percibir a cada paciente como persona, para poder colocarme en un lugar y ver cómo me gustaría que actuaran conmigo.
- ❖ Cada paciente es un libro abierto de quien yo puedo obtener conocimiento máximo de una enfermedad, desde su inicio hasta su conclusión y recuperación.
- ❖ Mensaje compartido: **“Saber no es suficiente, debemos aplicar. Desear nos es suficiente, debemos hacer”**. Johann W. Von Goethe.
- ❖ Es importante platicar con el paciente.

10.5.10 Síntesis de aprendizaje del estudiante Ricardo:

- ❖ La pregunta mental ¿por qué? Sobre cada cosa en algún momento durante el desarrollo del trabajo fue la principal barrera a superar.
- ❖ Reflexionar aún más acerca de la patología de la paciente y ponerme en su lugar para comprender de mejor manera su padecimiento.
- ❖ Tener una buena comunicación médico paciente, ya que toda la información obtenida me fue útil para analizar el caso.
- ❖ El seguimiento de instrucciones.
- ❖ Aprendí a ver no solo el lado científico del caso sino el lado humano y social.
- ❖ Aprendí a respetar los valores éticos y morales de los pacientes.

- ❖ La empatía es un valor que puse en práctica.
- ❖ Sobre todo aprendí a ver más allá de lo establecido.
- ❖ La evaluación me permitió disfrutar el aprendizaje a través del caso clínico.
- ❖ En muchos casos las emociones juegan un papel muy importante dentro del aprendizaje de cada día que paso en este servicio.
- ❖ El ver sonreír a un paciente por el cual uno ha hecho lo que tiene a su alcance es mi mayor recompensa y satisfacción de una tarea cumplida.
- ❖ La actividad me ayudó a darme cuenta de las cosas que existen a mí alrededor.
- ❖ Uno hace su mundo más pequeño centrándose en unos cuantos objetivos que al final en lugar de disfrutar lo que uno hace se vuelve rutina, siendo tedioso.
- ❖ El percibirse a uno mismo con tantas emociones alrededor me hizo hasta cierto punto sentirme vulnerable ante el medio que me rodea, lo cual hasta cierto punto me deja la enseñanza de que no solo yo existo, sino que hay muchas cosas que conforman mi medio y a las cuales debo respetar y admirar.
- ❖ Poder apreciar cada detalle de un paciente, aprendiendo a observar, a percibir, sobre todo a comprender y saber qué hacer.
- ❖ Mis debilidades fueron no seguir adecuadamente las instrucciones, sentir nerviosismo a la hora de presentar un caso clínico en público y no examinar completamente a mi paciente.
- ❖ Mis fortalezas fueron crear un debate con diversas opiniones vertidas sobre el caso y compartir la evolución de la paciente.
- ❖ Aprendí acerca de las opiniones del resto del grupo y a entablar una relación médico paciente satisfactorio.
- ❖ Compartí cinco fotografías de mi autoría y el significado de las mismas.

- ❖ A través de la fotografía expreso lo que pienso, plasmándolo a través del tiempo. Para mí es como tomar una parte del tiempo, detenerlo para poder apreciarlo las veces que sean necesarias para entender cada detalle y las emociones que se reflejan.
- ❖ Con relación a una paciente quemada, aprendí a comprender lo sucedido y a aceptarlo, ese valor de las pacientes me ha enseñado a valorar lo que tengo y lo que puedo hacer con lo mucho o lo poco que tenga a mi alcance, comprendiendo que gracias a Dios puedo tener una vida sana y no me falta nada para hacer lo que me propongo.
- ❖ Ver sonreír a un paciente por el cual uno ha hecho lo que tiene a su alcance es mi mayor recompensa y satisfacción de una tarea cumplida.
- ❖ Tuvimos la oportunidad de compartir junto a mis compañeros la experiencia de presentar un caso clínico cada día para analizarlo de forma integral y poder aprender de ello.
- ❖ Me llevo el conocimiento compartido por cada uno de mis compañeros y más que todo el mensaje final de cada uno de ellos, que cada día nos hizo reflexionar a todos acerca de algún tema en especial... en especial el último mensaje que quedó muy claro fue ***“la importancia del trabajo en grupo”***, que justamente para ser el mensaje central de la última discusión realizada.
- ❖ **Me llevo cada una de sus experiencias a través de las cuales yo tuve la oportunidad de aprender de cada uno de ellos y así poder aplicarlas en experiencias propias futuras.**
- ❖ **Durante este mes me pareció muy interesante la temática de estudio con la presentación de casos clínicos, fue algo único durante los cuatro meses de la cirugía y la considero una buena forma de aprendizaje que le hace a uno abrir los ojos y ver más allá de lo clínico, también enseñándonos a que existen otros puntos que son de importantes en el desarrollo de una patología y los efectos de las misma en el paciente.**

- ❖ La medicina es realmente lo que me gusta y estoy feliz porque sea así.
- ❖ Durante este mes **me di cuenta que hay muchas acciones durante la vida donde uno es el protagonista** y analizaría más estas situaciones y la importancia que tienen.

10.5.11 **Síntesis de aprendizaje del estudiante Fidel:**

- ❖ Mensajes compartidos: “Pon la mirada en lo que tienes delante, fija la Vista en lo que está frente a ti. PRV4:24” y “Ver la necesidad que está frente a nosotros y hacer cambios”.
- ❖ La enseñanza es que no importa que tan lleno esté tu horario, si de verdad lo intentas, siempre podrás incluir más cosas...
- ❖ Este es el mes en el que he aprendido más.
- ❖ Otro punto importante fueron las tutorías y los casos presentados por mis compañeros los cuales fueron el punto de partida a una nueva forma de estudiar, de comprender las cosas.
- ❖ Hoy aprendí sobre la responsabilidad.
- ❖ Quiero ser uno de los mejores por lo que me voy a esforzar más y **Éste es un compromiso.**
- ❖ Transcribo literalmente:

ACTIVIDAD DEL DÍA VIERNES 14 DE ENERO 2010

“El viernes por la tarde tuvimos una invitación; quien podría pensar que en un día normal de actividades, estando en el hospital, sin esperarlo, a mi yo interno. Pude visualizar las cosas que he realizado como estudiante, así también lo que he entregado a la sociedad como persona.

Al estar en la terraza del Hospital Roosevelt, estando en contacto con el aire con un fondo que semeja la selva petenera con un cielo que da nostalgia y nos recuerda a cada momento nuestra Guatemala, al cerrar los ojos fue como parar la capacidad de escuchar y así también como abrir una puerta al pasado, a recordarme de otros momentos en los que he hecho esta reflexión; pude transportarme al techo de mi casa, a labrisa de las 5 de la tarde en el Puerto de San José, también estando en la orilla del Lago de Atitlán, pude sentirme agradecido con Dios por no haber abandonado la carrera, por sentirme que soy escogido para cosas grandes, y que este proceso de aprendizaje no es fácil pero cuento con ayuda extra para sobrepasar todo; al abrir los ojos fue como cerrar esa puerta y pude escuchar el ruido de los carros, de las personas, y nuevamente el sentimiento fue de satisfacción ya que sé es una realidad.

Gracias por la actividad, de verdad que no me la esperaba, fue una actividad muy gratificante, en este mundo tan ajetreado el cual tiene muchas exigencias y muchas responsabilidades, me recordó a no perder el hilo y no perder la oportunidad de recurrir a los recursos que cuenta el país como el aire puro, la brisa, el sol y también que contamos con una herramienta grande la cual son nuestros sentidos y nuestro yo interno. Cada día tiene su propio afán, pero es importante reflexionar para cargar las baterías, por eso muchas gracias!!!

“Dios no te hubiera dado la capacidad de soñar sin darte también la posibilidad de convertir tus sueños en realidad” Héctor Tassinari

Estudiante Fidel Gudiel, carné 200431399.”

10.5.12 Síntesis de aprendizaje de la estudiante Rosario:

- ❖ Mensaje compartido: **“una persona no puede directamente escoger sus circunstancias, pero si puede escoger sus pensamientos y con seguridad darle forma a sus circunstancias”**. James Allen.
- ❖ Lo puse porque es nuestra decisión levantarnos y seguir adelante.
- ❖ El aprendizaje que me dejó para la vida la evaluación de mi paciente fue saber que hay personas que ponen su fe en nosotros y no podemos por un descuido hacer que la fe de muchas personas se venga abajo, ya que si es la voluntad de Dios no es problema, pero si la realidad es que son errores humanos se juega con la vida de un paciente a quien esperan afuera con ansias.
- ❖ Esta evaluación es una forma productiva de aprender ya que se toma un caso real donde se tiene la literatura y la información para ir armando un rompecabezas para tratar de llegar al mejor termino posible.
- ❖ Al llegar y mencionar que haríamos una actividad distinta causa incertidumbre en cada uno de nosotros. Fue algo inesperado pero a la larga mejor, ya que cuando uno sabe que algo pasará se predispone, en cambio en esta actividad nos tomó por sorpresa consiguiendo que fuéramos auténticos.
- ❖ Escogí la carrera por pasión.

- ❖ En realidad no me había dado cuenta la cantidad de árboles que hay frente al hospital.
- ❖ En realidad la actividad fue edificante para el alma, me hizo darme cuenta que hay momentos de mi vida que dejo pasar por la presión de la rutina, hay momentos que debería aprender a disfrutar y poder convivir con mi interior tan solo un momento del día.
- ❖ Adjunto la experiencia: ***“Tuve a mi abuela en el IGSS de Accidentes una semana por una fractura de cabeza de fémur, ella tenía Alzheimer en ese tiempo y no colaboraba ni comía sola, yo vivía en San Lucas y pasé esa semana completa afuera del hospital todo el día esperando cada hora de comida para entrar y alimentarla; luego me tocó estar un mes en esa situación cuando entró a intensivo con neumonía, entubada. Fue una experiencia horrible, pero que me sirvió para poder saber lo que es estar en el lugar de familiar de un paciente afuera esperando que quien está adentro haga su mejor esfuerzo y le dé la mejor atención posible a su familiar, fue mi oportunidad de estar afuera tronando mis dedos y pidiéndole a Dios que le diera buen corazón a los médicos tratantes y a los que tuvieran que atenderle. Así de sencillo se logra comprender la situación de los pacientes. Y ahora me tocó estar junto a la cama de mi padre y darme cuenta que cuando es la voluntad de Dios, no aporta la sabiduría de los médicos ni los mejores esfuerzos que se realicen, cuando es la voluntad de quien nos creó, solo nos queda tener resignación y llevar en la conciencia que se dio el mejor esfuerzo y lo mejor que teníamos humana y espiritualmente por tener a una persona un poco más de tiempo a nuestro lado”***.
- ❖ Luego adjuntó la reflexión personal ***“Compromiso conmigo misma”***, de autor anónimo.
- ❖ ¿Qué aprendí hoy?, fue un día conmovedor, el último día de la cirugía, con nota de final muy por debajo de mis expectativas, (ya que yo corregí mi propio examen); hoy aprendí que si no estudio y me esfuerzo no estaré preparada para enfrentar situaciones o emergencias aun cuando no tengan gran nivel de dificultad. Me di cuenta que me falta aprender mucho y que para alcanzar el sueño de verme con una toga en un estrado no solo debo avanzar ganando cursos sino aprendiendo a conciencia para que la toga tenga el valor que merece, y que todos ven reflejado en ella.

- ❖ Transcribo literalmente su mensaje anónimo intitulado:

CADA MAÑANA

*Cada mañana tengo que hacerme este plan:
 Si me siento triste y deprimido cantaré,
 Si me siento inferior vestiré nuevas ropas,
 Si me siento incompetente recordaré éxitos del pasado,
 Si me siento insignificante recordaré los grandes triunfos que Dios puede
 proporcionar a los que en él confían,
 Si se apodera de mí la confianza excesiva, recordaré mis fracasos,
 Si me siento orgulloso recordaré mis momentos de debilidad,
 Si soy dueño de mí mismo, seré grande,
 Si controlo mis estados de ánimo, voy a triunfar,
 Recordaré que el ánimo de los demás es cambiante.
 Por eso no me desanimaré por una repulsa o por dos.
 El conocimiento de este secreto será la llave que abrirá las puertas de
 muchos éxitos.*

10.5.13 Síntesis de aprendizaje del estudiante Javier:

- ❖ Muchas de las cosas que he aprendido en los últimos días no han sido puramente médicas, sino que he aprendido sobre moral, ética, valores como médico o como profesional, así como nuevas maneras de ver y enfrentar un problema.
- ❖ Una de las principales cosas que he aprendido estos últimos días es a tener cuidado con las cosas que digo, como las digo y en qué momento las digo. Cada quien tiene una opinión respecto a las cosas, pero en términos de medicina uno tiene que tener cuidado con las palabra que utiliza.
- ❖ Por ejemplo muchas veces utilizo las siguientes palabras: “*supongo, Mmm, pues yo digo, se supone*” y no están bien

- ❖ utilizadas **porque en medicina es cierto lo que digo o no lo es, se sabe o no se sabe.** Asimismo estas palabras no dan confianza que uno debería buscar en el paciente.
- ❖ **He aprendido a empatizar con mis pacientes, ya que muchas veces dentro de la carrera de medicina uno se puede volver insensible a los problemas de la gente o pone de lado los sentimientos, bajo la excusa de haber tanto trabajo para estar fijándose en eso.**
- ❖ Me he dado cuenta que poner atención a las necesidades no médicas de mis pacientes hace que yo comprenda mejor su caso, tenga una mejor relación, exista más confianza y pueda ayudarles de una mejor manera.
- ❖ La medicina es un todo, hay que saber sintetizar. Debemos reunir todo el conocimiento obtenido para aplicarlo en cada uno de nuestros pacientes. Necesitamos correlacionar nuestros conocimientos y nuestra experiencia con lo que vemos en el paciente y lo que éste nos cuenta, luego analizamos dicha situación.
- ❖ Aprendí que cada día debo mejorar más. Siempre recuerdo que no importa cuántas veces me caiga, lo que importa es levantarme cada una de esas veces.
- ❖ Mensaje que compartí, es de mi padre: *“échate para atrás... sólo para agarrar aviada”* Aníbal Duarte. El motivo: para que nunca me diera por vencido y siempre me esforzara.

10.5.14 **Síntesis de aprendizaje del estudiante Ely:**

- ❖ La actividad inició cuando respondimos un cuestionario en el que respondí acerca de cómo manejo mis sentimientos y mis emociones; luego me di cuenta que en lugar de aprender a manejarlos, los evado para no tener que resolver los problemas que me están causando sentir todas estas cosas **así que me voy**

por el camino fácil decidiendo ignorar lo que siento, como que si todas esas cosas no existieran.

- ❖ La parte del cuestionario tenía preguntas en las que al principio no sabía que contestar ya que para mí es difícil escribir sobre mí, sobre lo que hago, sobre lo que me gusta o por qué hago las cosas. Incluso las primeras preguntas las respondí muy superficialmente.
- ❖ **Me costó mucho responder las preguntas relacionadas con la descripción de un acontecimiento en el que uno fuera protagonista.**
- ❖ La verdad para mí es muy importante saber que voy a poder ayudar a la gente porque se siente muy bien cuando los pacientes le agradecen a uno por las cosas que nosotros hacemos.
- ❖ Estudio medicina porque me gusta estar en contacto con la gente y saber que uno puede tanto en su salud física como en la salud emocional. Esta actividad me ayudó a darme cuenta que en los últimos meses me he encerrado solo en la carrera y le he dejado de poner atención a muchas cosas.
- ❖ Es importante darse tiempo para hacer diferentes cosas y aprender a manejar los sentimientos y ponerles atención porque de esta manera creo que puedo ayudar más a las personas.
- ❖ Aprendí que es importante realizar un examen físico completo, además de la importancia de la relación médico paciente. Es importante tratar a los pacientes como a uno le gustaría que lo trataran o como le gustaría que trataran a sus familiares, ya que los pacientes son personas con sentimientos y no son solo un trabajo que tenemos que hacer.
- ❖ Me falta mucho por aprender, las cosas no tienen que ser exactamente como lo dicen los libros, cada persona va a reaccionar de manera distinta a las enfermedades.

- ❖ Tengo que aprender cuando estudio que no solo tengo que estudiar los temas por separado sino que tengo que unirlos para poder entender mejor las enfermedades.
- ❖ **Me di cuenta que no debo suponer porque de ser así se da lugar a cometer errores, y estos errores pueden encaminar a un diagnóstico erróneo.**
- ❖ Es importante individualizar a los pacientes.
- ❖ Es importante investigar las cosas y no quedarse con lo que alguien nos dice ya que pierdo la oportunidad de aprender.
- ❖ Mensaje que compartió: ***“el mundo está en las manos de la gente capaz de ver las transformaciones del presente, de la gente con coraje para vivir sus sueños, cada cual de acuerdo con su propio talento”***. Paulo Coelho.
- ❖ El día de hoy aprendí que tengo que esforzarme más en las cosas que hago, ya que no aproveché al máximo la rotación como debería haberlo hecho.
- ❖ No debo asumir cosas, y no confiarme de los diagnósticos que se encuentran en el expediente ya que estos pueden estar equivocados.
La importancia de conocer y lograr una empatía con el paciente.
- ❖ Mensaje compartido: ***“Los sentimientos son los instrumentos de que dispone el sujeto para estar interesado en los objetos que le rodean. Sin los sentimientos seríamos prácticamente muebles”***. Carlos Castilla del Pino.
- ❖ Les comparto unas palabras escritas por la paciente cubana María Mena:

Amigas mías

Eran mi alegría. En esos momentos en que yo no sonreía

Ustedes me alegraban el día.

Eran la luz de mis ojos

La que me banca en todo.

Son como una hermana

Que me llena el alma.

Con su amor y comprensión
 Lo hacen todo con buena intención.
 Me gustaría decirles lo que siento
 Pero es tanto lo que me dieron
 Que ya no sé por dónde empezar.
 Empecemos por los momentos
 en los que solo a ustedes las encuentro.
 Sigamos por esos días
 En los que, créeme, no me falta alegría.
 Fueron pocos los momentos que pase con ustedes
 Que sería imposible no encontrarte hoy conmigo.
 En fin, lo que te quería decir
 Las quiero mucho amigas mías a ti Ely, a Rosario con esa sonrisa que
 siempre daba a Carmencita la enojona de la colocha
 gracias a todas las llevo en el corazón.

María Luisa Mena Gutiérrez

La cubana que nunca las olvidará.

Recibir estas palabras de una paciente fue muy importante para mí **ya que me di cuenta que es muy importante no ver a las pacientes solo como un trabajo sino darles apoyo y confianza**, ya que para mí es importante el estado de ánimo porque las ayuda a recuperarse con mayor rapidez.

10.6 RESULTADOS DEL DIARIO DEL PROFESOR

Los resultados más importantes obtenidos del Diario del Profesor se mencionan a continuación, y corresponden a las expresiones más sobresalientes de los estudiantes al finalizar el mes de investigación. Ellos mismos llenaron los mismos instrumentos que los demás al inicio del mes y posteriormente fueron trabajando con diferentes estrategias de aprendizaje. A continuación presento:

- Los estudiantes aprendieron a ser más críticos, cuestionar lo que se indica y ordena. Tienen que pensar más. Todavía existen momentos en los que se les humilla y maltrata.
- Los estudiantes aprendieron a pensar en opciones y no quedarse con lo que se hace. Eso fue lo que más aprendieron.
- Los estudiantes aprendieron a estudiar más y pensar mejor las cosas.
- Los estudiantes saben que se comenten aún muchos errores que complican la vida de los pacientes, los médicos aún se inmutan y no practican la compasión. Es muy difícil seguir viendo eso! Además vieron casos con errores y más errores. Fue muy frustrante pero a la vez motivante seguir adelante.
- Los estudiantes se asustaron de ver muchas cosas, pero a la vez desean seguir adelante. Tienen que estudiar mucho y preocuparse más por los pacientes.
- Los estudiantes tienen claro que se deben a los pacientes. La razón por la que entraron a estudiar medicina fue por labor social y humanitaria, aquí rápidamente perdieron dicha vocación, volviéndose fríos. No deben olvidar esa razón.
- Los estudiantes aprendieron de la vida real en donde no tienen cuatro opciones para responder a las enfermedades de los pacientes. La realidad es otra.
- Los estudiantes tienen que aprender a desaprender! Eso fue lo que más aprendieron durante ese mes.

Finalmente muchos de los comentarios de los estudiantes fueron incluidos expresamente en la sección que corresponde a las reflexiones de ellos. Algo que llama la atención a lo largo del tiempo de las clases con estas estrategias es que hay un sentir real del estudiante que no se valora, es el deseo real de aprender de una forma más significativa, crítica y reflexiva.

11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

11.1 EL PREGRADO

En el organigrama hospitalario real los estudiantes de medicina [hombres y mujeres] no existen, es decir, no están considerados laboralmente, a pesar de que cumplen con una serie de funciones de servicio, son las personas que se encargan de puncionar a los pacientes para obtener muestras sanguíneas, llevar a los pacientes empujando camillas o sillas de ruedas hacia los distintos departamentos donde se les realizarán exámenes, se encargan de recoger los informes de laboratorio o derivados sanguíneos del banco de sangre, entre otras múltiples actividades. El trabajo es absorbente y cansado, lo que no permite que se involucren de lleno en las actividades académicas, teniendo por lo tanto trabajar exhaustivamente para quedar bien con los médicos residentes (de postgrado). Se asumen entonces que dichas actividades son parte del proceso de aprendizaje lo cual los forma en determinado campo médico. El tiempo real para interactuar con los pacientes queda reducido al mínimo por lo cual tratan de finalizar las tareas y salir lo más pronto del hospital (Aquino-Matus, J., Morales-Linares, J., 2010).

Adicionalmente tienen que interactuar desde el primer día (día D) con diferentes tipos de personas y personalidades, quienes aprovechan el desconocimiento de éstos para hacerlos sentir mal, burlarse, etc. Aquí se encuentran las enfermeras, los técnicos de laboratorio, residentes, médicos jefes, compañeros de años superiores, personal de seguridad, de servicios varios, entre otros. Cuando finalmente llegan a entrevistarse o tratar de conocer a sus pacientes, llegan agotados, con gran temor, miedo y posiblemente coraje, enojo.

Si 49% de los estudiantes son incapaces de sentir y expresar sentimientos de forma adecuada, lo que se está percibiendo son seres humanos que no están preparados emocionalmente para entrar en contacto con enfermos, máxime si son las personas más cercanas a ellos, porque los tienen que curar, y para esto, deben conversar, comunicarse y hacerlos sentir que aún están vivos. Sin olvidar que los enfermos hospitalizados –en los hospitales-, se les aleja de los familiares, ya que no pueden estar en contacto con éstos, por múltiples y tontas razones; padecen de angustias múltiples, depresiones constantes, trágicas experiencias en el servicio donde se encuentran.

Las personas que están más cerca de los pacientes son los (as) “*estudiantes externos (as)*”, por décadas siempre ha sido así, pero cuánto de dicha interacción humana realmente es bien aprovechada durante el espacio de cuatro meses [más o menos] que duran determinadas rotaciones. Sin olvidar que durante un mes los estudiantes de la universidad estatal rotan por un mismo servicio, en donde supuestamente interactúan día con día con los pacientes, esperando obtener un conocimiento más profundo de la(s) enfermedades que padece el enfermo.... Sin embargo esto no se logra. Más aún, los estudiantes de las universidades privadas rotan durante un tiempo mucho menor, alrededor de dos semanas, por lo que se acorta aún más el contacto fundamental entre el estudiante de medicina y los pacientes. Lo anterior se convierte en un grave problema, cuyos resultados a largo plazo se verán en el futuro; no obstante ya se perciben resultados de la falta de interacción con los pacientes.

Adicionalmente, si la población femenina médica va creciendo, podríamos asumir, que las mujeres “*sienten más*”, viven, comparte y expresan aún más los sentimientos, pero el instrumento nos revela que 60% de ellas son incapaces de sentir y expresar los sentimientos de forma inadecuada. Resultado controversial que impacta, pero es reflejo de la realidad, porque el trabajo diario intrahospitalario deshumaniza en forma constante, además que la mujer ha

ocupado cargos administrativos y han sido un tanto más crueles, a diferencia de los hombres. Un resultado que llama tremendamente la atención es que 56% del total de sujetos investigados son mujeres, y no por esto los resultados obtenidos fueron mejores en cuanto a que las mujeres manejan mucho mejor sus emociones.

El contrapeso lo hace el restante 45% quienes poseen adecuada percepción de los sentimientos, que son alrededor de 33 estudiantes, y cuyo 60% son hombres que podríamos decir *“sienten y expresan los sentimientos”*, pero en la realidad se sabe que aún en el hospital se vive una cultura machista por lo que es inadmisibles pensar, o ver que alguien se conmueva ante el dolor ajeno, máxime si está en su primera rotación médica.

Ahora bien, los resultados revelan la existencia de una franca comprensión de las emociones por parte de los estudiantes y que las mujeres comprenden las propias emociones un tanto más que los hombres, pero el punto está en que no las pueden regular, y sentir las... menos; ¿qué significa esto? Por ejemplo, problemas en la madrugada durante un turno el cual posiblemente estuvo muy cargado de emociones, stress donde converge el enojo por alguna niña herida accidentalmente, luego ingresa un paciente etílico, a las dos de la madrugada, aunado a múltiples ingresos por pacientes accidentados, entonces la carga emocional es alta, difícil de manejar máxime si el estudiante está cansado, agotado, no bien comido, ni bien dormido, con mucho sueño, entonces una orden autoritaria, de mal gusto puede desencadenar ira, coraje, frustración, afectando las relaciones interpersonales con los compañeros, quienes ya no son vistos como parte de un equipo, sino como miembros de una escala jerárquica militaroides.

El hospital es una *“burbuja”*, con características muy particulares en donde la persona que ingresa le es muy difícil salir de ésta, por lo que tendrá que convivir con ella aunque no le guste. Por ejemplo, un estudio venezolano realizó la

prueba del coeficiente emocional de Boeck y Martin, el cual es una forma abreviada de la prueba de IE utilizado por Goleman pero lo hicieron en estudiantes del tercer año de medicina (Prieto-Rincón, 2008); cuyos resultados reportaron hallazgos altos de IE, pero tiene el inconveniente que los estudiantes no tuvieron mucho roce con pacientes, por lo que no pudieron desarrollar o probar con situaciones vividas por ellos mismos la inteligencia emocional. A diferencia de esta investigación, la cual fue realizada con estudiantes cuyas actividades se desarrollaron intrahospitalariamente, por lo que el entorno fue completamente distinto.

Al analizar el cuestionario CIC, en este grupo de estudiantes, 67% poseen ciertas competencias emocionales relacionadas con la conciencia emocional, donde conocen las propias fortalezas y limitaciones, con correcta autovaloración y autoconfianza; pero 83% no pudieron manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos personales, por lo que las competencias emocionales que carecieron fueron: el autocontrol, la confiabilidad, en donde no pudieron asumir las responsabilidades del propio desempeño laboral, no hubo flexibilidad en el manejo de las situaciones de cambio; además de que se perdió la innovación generándose mayor conformismo; lo cual fue evidente en las múltiples actitudes observadas en este grupo de estudiantes, sin distinguir alguna con respecto a las diferentes facultades de medicina.

Pareciera contraproducente, pero las tendencias que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas por cada estudiante se cumplen sin problema alguno: *“ser médico a toda costa”*, ganando los cursos o módulos sin tropiezos, llegando a la zona mínima para aprobar, lo que genera satisfacción de avance, no importa cómo, pero es una realidad palpable. Lo anterior evidencia el desconocimiento de todo un proceso para que en un futuro cercano sepa cómo atender a un paciente de forma profesional, con educación, manteniendo la comunicación, siendo asertivo en las propuestas médicas, y se comprueba con el resultado obtenido en la evaluación de la empatía donde el 75% carece de

ésta, contradictorio, si es una carrera humanitaria, de índole social, cuyos motivaciones iniciales al inscribirse en la universidad fueron “*la importancia de la ayuda social*”; ahora el menor contacto es con el paciente, donde no hay práctica de la compasión, no se evidencia verdadera comunicación, no existe la práctica de la humanidad y se mantiene la deshumanización, tanto en los hombres como en las mujeres.

¿Hacia dónde va entonces la práctica médica real de los futuros profesionales de la medicina?... da la impresión que se transita en un camino lleno de oscuridad (túnel) y sobretodo de preocupación por las generaciones que se están deformando dentro de la educación médica actual, y pasa frente a nosotros como un tren rápido que no se detiene; todo lo contrario, en cada estación se llena más y más de mediocridad emocional.

Esta falta de empatía pone al desnudo las carencias de las siguientes competencias emocionales, que asustan: no se comprende al otro, como verdadero otro, no se percata de los sentimientos de los pacientes, no está al tanto de las necesidades de éstos, se cumplen únicamente órdenes administrativas, porque de lo contrario se obtendrá un castigo; no hay servicio de orientación, en donde se anticipen, reconozcan y satisfagan las necesidades reales de los mismos; no conversan con los pacientes para aprender más de la enfermedad que posee, sólo se concreta a completar un expediente más con un posible diagnóstico, sin investigar más a fondo, lo que resulta en errores diagnósticos y problemas de mala práctica médica.

El CIC reporta para este grupo de estudiantes la ausencia de las destrezas sociales, lo que implica que no existen las posibilidades de inducir respuestas deseadas en los otros, porque no se puede trabajar en equipo, no hay valores que lo sustenten, simplemente no existen, el sistema los ha cercenado. Lo que se mira es eso, lo que se practica es eso. Se carecen entonces de las siguientes competencias: influencia, comunicación en donde se sepa escuchar

abiertamente a todas las personas con las que nos relacionamos, las conozcamos o no; se evidencia la incapacidad para manejar conflictos, no se puede negociar ni resolver desacuerdos porque la única forma de reprimir acciones y emociones es a través de los castigos impuestos por el sistema militarizado practicado por los inmediatos superiores. Se ha perdido la capacidad de inspirar y guiar a los estudiantes y al grupo en su conjunto; se premia la individualidad; difícilmente se admiten o sugieren nuevas ideas porque el statu quo así lo establece, atrofiando y capando las neuronas creativas.

Todo lo anterior no permite que se fortalezcan las relaciones interpersonales dentro del grupo, no se pueden alcanzar metas compartidas, no se coopera ni mucho menos se colabora, difícilmente se podrá crear sinergia para perseguir metas colectivas. En fin es un desastre emocional, que con el paso del tiempo es difícil comprender cómo puedan sobrevivir a esta tormenta de emociones mal manejadas con un entorno lleno de toxicidad letal. A pesar de esto, algunos (as) sobreviven pero las consecuencias se percibirán con el transcurrir de los años subsiguientes, cuyo impacto será evidente en las siguientes generaciones como lo describiremos a continuación, con el siguiente grupo de estudiantes.

Los internos e internas son estudiantes del sexto año de la carrera de medicina quienes están en su práctica de Ejercicio Profesional Supervisado EPS, se asume que ellos ya están formados teórica y prácticamente, con la capacidad para atender pacientes, decidiendo conductas médicas, pero la realidad es otra en alto porcentaje, porque no se les permite más que sacar adelante el trabajo sin posibilidad de aprender más, se convierten en mano de obra pagada por el Ministerio de Salud para los pertenecientes a la universidad estatal, pero mientras tanto para los estudiantes de las universidades privadas, es un año más que deben pagar y ganar, de lo contrario no se gradúan de médicos.

Al reflexionar sobre los resultados obtenidos en este grupo de estudiantes se evidencia que año y medio después de haber pasado por este hospital en este

curso (cirugía) no hay mayores cambios desde el punto de vista emocional, específicamente en cuanto a sentir y expresar sentimientos, el porcentaje relacionado con la poca atención prestada se observa mermada y aumenta a 65%, evidenciando que las mujeres tienen un serio problema *“con su sentir real expresivo”*.

A diferencia de la comprensión, la cual aparenta estar adecuada, pero en el cuestionario CIC cambia, con las preguntas directas de índole cualitativa. Los jóvenes respondieron que la regulación de las emociones es adecuada, lo cual podría tranquilizar y decir que *“supuestamente hay una pequeña mejoría”*, pero los porcentajes son similares, muy parecidos al comparar con los jóvenes del cuarto año (externos) [58% vs 42% para comprensión y 51% vs 58% para regulación de emociones].

La realidad es que interactúan mucho menos durante esta rotación porque tienen tareas muy claras y bien definidas como: hacer los egresos de los pacientes, ordenar a los estudiantes tareas por hacer y por último enseñarles (¿?). El contacto real con los pacientes está prácticamente reducido lo que se evidencia al pasar las rondas, porque no conocen los casos de los pacientes. Esto se comprueba en el CIC donde la falta de empatía aumentó del 75% al 85%, lo cual es tremendamente preocupante, alarmante, aunque dentro de la experiencia hospitalaria es un hecho muy claro, real y evidente. Y en este grupo de estudiantes los hombres llevan el primer lugar.

Los resultados del cuestionario CIC con relación a tener autoconciencia, si pueden reconocer los estados de ánimo, pero en menor proporción que hace dos años, cuando estaban en cuarto; por lo que el manejo de los estados de ánimo es pobre 26%, aumentó en 10 puntos porcentuales, mientras que 73% no lo hace.

Con respecto a la motivación, el 58% están motivados para cumplir sus metas establecidas, pero la gente que no está motivada aumentó, lo que significa que algo sucedió porque los estudiantes en los últimos años deberían estar muy bien motivados para ser futuros médicos muy cerca de graduarse. Así también la práctica de las destrezas sociales están cada vez más mermadas, en plazo de dos años bajan en casi nueve puntos lo que significa que la ausencia se incrementa en el mismo porcentaje, lo cual también es preocupante, porque el estudiante en ejercicio profesional debería tener determinadas competencias para auto organizarse, ser líder de un equipo en donde predominen los valores, se evidencian además una serie de incapacidades no solo académicas de índole práctico, sino de liderazgo, gestión y sobre todo humanidad; ésta se fue perdiendo aún más con cada año subsiguiente, y en las mujeres se hizo más evidente. Es importante hacer notar que el número de mujeres estudiando medicina se volvió a incrementar de nuevo, lo cual cambia el rol de género en la práctica médica intrahospitalaria.

Al revisar las síntesis de aprendizaje de los ocho estudiantes podemos identificar claramente varios problemas importantes que se pudieron abordar con el objetivo de mejorar la práctica de estos discentes, como tomar conciencia del papel que juegan dentro del engranaje humano intrahospitalario, como seres humanos de enlace, de apoyo entre el paciente y la familia, aceptando los retos que les depara cada nuevo encuentro con una paciente que requiere atención y se queja de dolor.

¿Cómo logramos que el/la estudiante tome conciencia real de su papel? Para que se involucre más y pueda intervenir aportando de una u otra forma, no solo con realizar las curaciones bien hechas y reclamar los resultados de laboratorios sino con algo más en donde él se sienta valorado, y así haga sentir al paciente, en donde irradie eso mismo a la familia del enfermo. Lo anterior lo vemos por ejemplo en el poema que le escribió una paciente a los estudiantes, ellos se sintieron valorados, hay sentimientos, emociones que permiten humanizar más

a estas jóvenes; el impacto generado en ellas es muy bueno porque a través de esta experiencia podrán crecer más como personas, lo que promoverá en ellas la empatía real.

Un aspecto interesante de este grupo de jóvenes es que se les permitió reflexionar acerca de múltiples aspectos de la vida, fue así como una de las jóvenes compartió las vivencias como familiar, nieta, luego como hija, experimentando el fallecimiento de su padre en el hospital, situaciones extremas que la llevaron a **“compartir momentos cumbre”** a nivel grupal, porque entonces la discusión de los casos clínicos siempre estuvo sujeta a interpretación humana de la realidad por experiencias previamente experimentadas. Por eso una de las jóvenes comentó que había aprendido sobre moral, ética y la profesión médica porque no hay espacios para la discusión de dichos dilemas, los cuales se pasan por alto; o más bien se soslayan, que es lo que realmente sucede.

El hecho de discutir casos clínicos de forma diferente, con la práctica del inter, intro y entre aprendizajes, motiva a escuchar más, ser más perceptivo, sobre todo a observar; esa riqueza estratégica de aprendizaje conmueve, sensibiliza el alma, los salpica de incertidumbre y genera curiosidad en todo el interior, por lo tanto también los hace sentir y pensar; aquí identificamos otro gran problema al cual no se han enfrentado, aprender a escuchar a los demás compañeros, porque los escuchan, los sienten, tienen que aprender a respetar las ideas de los demás, a ser tolerantes, como lo menciono uno de los jóvenes.

Enseñar a pensar, es una tarea sumamente difícil en nuestro medio porque el sistema educativo base no lo inculca, no lo practica; posiblemente sí se realiza en algunos centros educativos privados, y los hemos identificado como problemas durante las discusiones de casos clínicos en forma presencial como semi-presencial y por la vía electrónica: no siguen instrucciones, porque al leerlas no las entienden, no las comprenden, por lo tanto los resultados son

evidentes y saltan a la vista. La interpretación de la idea central es otra y no la entienden. Cuando la evaluación la realizan en casa durante varios días se evidencia que no saben nada acerca de los mapas mentales, mapas conceptuales, lógica, planificación, organización, argumentación, incluso el sentido común. Los procesos de pensamiento están estancados y no les permite ver más allá. Si se desea fortalecer el aprendizaje del cerebro derecho, también debería preocuparse por el del izquierdo, el cual solo de memorizar se ha quedado atrofiado, enclaustrado, sin salida, por ende las reacciones son muy lentas, cuando se cambia el orden del aprendizaje.

Entonces hacer un análisis más complejo de las situaciones reales de los casos de los pacientes se les dificulta enormemente, iniciando porque desconocen conceptos básicos, lo que retrasa el aprendizaje de todo tipo. Aquí viene entonces el mensaje de un joven estudiante cuando dice **“los estudiantes debemos entonces aprender a desaprender”**, fue un ¡EUREKA! Porque así es!, pero cuesta arriba porque el sistema desea que se siga aprendiendo de forma tradicional, y esto los hace ser emocionalmente analfabetos, porque no comprenden lo que sucede alrededor, léase el paciente, la familia, el entorno. Pero si se puede mejorar a través de la práctica de las competencias emocionales mediante la discusión de casos clínicos reales.

Realmente esta experiencia es un choque vivencial que los inserta en la realidad, la cual viven parcialmente en los turnos y servicios pero de la cual muy pocas veces terminan aprehendiéndola, porque no se ejercita ni practica partiendo de dichas experiencias, lo cual si se hiciera en todo momento se lograría que los jóvenes tomaran más conciencia de su ser y el de los demás; se propiciaría mejor práctica de la empatía, no con la idea que los jóvenes tienen del rapport, sino realmente observar, escuchar, entablar conversación, con un compromiso real con amor, pasión, ahínco; pero como ellos mismos lo dicen se les dificulta porque las personas de este sistema educativo intrahospitalario los hacen alienarse, eso es lo triste y por ende se soslayan todo tipo de emociones

cuyo signo clínico en cualquier servicio de medicina o cirugía evidencia debilidad emocional.

La falta de empatía, se suma a la falta de interés por estudiar, se asocia a los efectos del cansancio e irritación, consecuencias de la vida cotidiana intrahospitalaria, no solo sobre el pensamiento sino en el desempeño. Aquí se vive en toda su dimensión “*el burn out*”, tópico del cual en esta discusión no se tocará, debido a que sería otro punto álgido motivo de investigación completa a todo nivel, pero que sí definitivamente afecta la inteligencia emocional.

El “*agotamiento*” es un estado neurológico en el cual el incremento de las emociones dificulta el funcionamiento del centro ejecutivo. Mientras estamos agotados no nos podemos concentrar ni pensar claramente. Esa verdad neurológica tiene consecuencias directas para alcanzar la atmósfera emocional óptima a todo nivel, en cualquier lugar y situación real de vida (Goleman, D., 2006).

Las vivencias de los estudiantes relatan dicho agotamiento, lo que incide en el rendimiento, así como en el interés real por aprender de forma nueva, diferente. Han pasado muchos años y décadas, hasta cambiamos de siglo, realmente no se evidencian cambios que fortalezcan el proceso de aprendizaje del estudiante, en este caso a nivel hospitalario. Viendo el problema de forma más integral se podría mejorar el estado físico, mental y emocional de los estudiantes, lo que beneficiaría el rendimiento en general, con gran beneficio en cuanto a la atención para los pacientes.

Los resultados científicos de Sheldon Cohen envían sin duda, un mensaje a los familiares y amigos de los pacientes de no ignorarlos o aislarlos; incluso si no sabe bien qué decir, es importante ir a visitarlos. Este consejo sugiere que todos los que cuiden gente que sufre alguna condición médica, aun cuando no se tengan palabras por decir, se debe ofrecer siempre el don de una presencia

amorosa, compasiva. Tal presencia requiere que se tenga empatía y balance emocional; se puede ser testigo del sufrimiento del paciente sin sentirse desbordado, el paciente podría recibir un poco del alimento emocional de parte de los médicos (Goleman, D., 2006).

En la práctica con estos ocho jóvenes durante un mes, se logró que reconocieran los propios estados de ánimo, que los manejaran, expresaran los impulsos y regularan los mismos; el simple ejercicio que se hizo en la terraza del hospital ayudó mucho a que se expresaran sin temores, experiencias que les permitirán ser más observadores, más clínicos, aprendiendo del otro en forma auténtica. Al tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones, no solo de sí mismos sino de los demás, les permitirá crecer como seres humanos en la profesión médica; las ventajas a largo plazo practicando dichas competencias los hará capaces de reconocer y satisfacer necesidades reales de los pacientes como de los compañeros con quienes se sienten identificados; situación que con el paso de los años se pierde totalmente.

Y los resultados evidencian la pérdida de las destrezas sociales como la comunicación, el liderazgo, el manejo de los conflictos, la colaboración, la cooperación, las capacidades de equipo. Pero que con la práctica de determinadas competencias se puede lograr y entonces habría que reorientar el currículo hacia la práctica de competencias que fortalezcan la inteligencia emocional, y se tendrían mejores estudiantes de medicina como seres humanos, quienes con el avance de los años se fortalecerían como personas en forma integral.

Entre los grandes aprendizajes que esta investigación deja es la práctica sistematizada del caso clínico, bien conducida como estrategia de aprendizaje, promueve la formación integral del estudiante de medicina, porque lo ven desde varios ángulos, lo inserta en un entorno vivencial dentro de un contexto

educativo real. En este caso, el hospital se convierte en el centro de la vida de los jóvenes estudiantes y médicos residentes, les ofrece un laboratorio viviente para aprender a conectarse con otra gente, quienes no siempre son positivos, sino negativos, con marcado resentimiento y mucho prejuicio. A pesar de lo anterior, el aprendizaje con este grupo específico de estudiantes, se convierte en un laboratorio que alienta a observar, escuchar, respetar y cooperar con el otro, situación que sucede muy pocas veces en la vida real intrahospitalaria, porque en la jerarquía militaroides, todo se transforma perdiéndose algunos valores importantes como la responsabilidad y el respeto, entre otros; en la **“clase rompecabezas del caso clínico”**, los mismos estudiantes aprenden rápidamente a dejar estereotipos de lado, haciendo más contactos amistosos con menos prejuicios, mejorándose el desempeño y se comienza a ayudar, alentar e forma grupal. Se empieza a disfrutar también del aprendizaje (Goleman, D., 2006).

Los resultados reportados por Agobián, S., (2004), con 97 estudiantes de medicina del sexto año evidencian un Nivel Mediano de IE, alrededor del 80% y relacionan la investigación con una serie de variables según edad, sexo, estado civil, estrato social, tabaquismo, y finalmente hacen recomendaciones muy claras a tres sectores: decanato y comisión del currículo, al Departamento de Educación Médica y a los propios estudiantes de medicina, específicamente fortaleciendo las siguientes instancias: 1) mejorar la IE en los estudiantes universitarios a través de la elaboración y organización de una instrumentación curricular; 2) el docente debe servir como modelo a los estudiantes; 3) promover la responsabilidad individual y la empatía a fin de que las decisiones éticas abunden; 4) crear materiales y recursos humanos que reciban mensajes congruentes en todos los sectores, cuyo aprendizaje vaya más allá de las aulas y puedan integrarse a la labor profesional futura.

11.2 EL POSTGRADO

La inteligencia se ha conceptualizado como la capacidad global del individuo para actuar racionalmente con éxito. Sin, embargo, se ha observado que un cociente de inteligencia alto no garantiza prosperidad, prestigio ni éxito en la vida, lo que ha propiciado el cuestionamiento del concepto clásico de inteligencia (Mayer, J., et al., 2001). Las implicaciones de IE están presentes en investigaciones de diferentes áreas del conocimiento y de las actividades de las personas, algunas analizan los alcances en el sistema educativo, desde los niveles básicos hasta los de postgrado (Extremera, N., et al., 2003).

Al analizar los resultados obtenidos con los médicos y las médicas residentes podemos evidenciar el contraste entre los dos tipos de instrumentos, específicamente en los ítems relacionados con “*comprensión y regulación*”, el TMMS-24 se evidencia que los médicos, al parecer, comprenden bien los estados emocionales y además son capaces de regularlos correctamente, pero cuando lo contrastamos con las respuestas obtenidas en el instrumento CIC, observamos que es evidente la ausencia de las competencias emocionales relacionadas con autoconciencia, 62% de los médicos carecen de conciencia emocional, con la correcta autovaloración lo que significa que no conocen las fortalezas ni limitaciones, ni la autoconfianza; ¿Cuál es la razón de lo anterior? Son dos tipos de instrumentos, uno cuantitativo y otro cualitativo, éste último explora más desde el sentir, y posiblemente al tener una escala de valores como es evidente en el TMMS-24, es más manipulable –individualmente-, en cuanto a tendencias o rangos se refiere.

Al seguir profundizando en el análisis que arroja dicha investigación, se encuentra que dicha “*comprensión de las emociones*”, es adecuada (44%), en comparación con 41% que la debiera de mejorar, resultados muy parejos, pero que descienden al cotejar con los resultados obtenidos en CIC de autoconciencia, donde 62% de los médicos residentes de este grupo tienen

serios problemas con el reconocimiento de los estados de ánimo, como no los reconoce no los puede manejar. Aquí se incluye la importancia de reconocer al sexto sentido, la intuición, que permite al ser humano darse cuenta, percibir lo intangible, la lectura exterior del interior del otro incluyendo su entorno.

Los resultados descritos en la regulación de las emociones según el instrumento TMMS-24, contrasta con el obtenido en el CIC, donde se evidencian problemas con el manejo de los propios estados de ánimo, los impulsos, las emociones perturbadoras, se evidencian problemas de honestidad e integridad, así como en asumir las responsabilidades del propio desempeño laboral; están ausentes las competencias relacionadas con la flexibilidad en el manejo de las situaciones de cambio, lo que se evidencia también en el desempeño de las actividades asistenciales y académicas, las cuales pasan a segundo plano, porque no hay equilibrio que trate de mantener y compensar los estados emocionales actuales de los médicos residentes.

Es importante reconocer que la cercanía emocional ayuda más cuando los pacientes están médicamente delicados, cuando tienen una enfermedad crónica, o un sistema inmunológico disminuido, o cuando son muy ancianos. El amor es más que un modo de mejorar el tono emocional de la vida del paciente. Es un ingrediente biológicamente activo en el cuidado médico, como las caricias tranquilizadoras, miradas amorosas y la simple presencia compasiva (Goleman, D., 2006).

Se evidencia la tendencia emocional que facilita el cumplimiento de metas establecidas, en este caso, ser cirujano: existe un compromiso fuerte para lograrlo, hay iniciativa y optimismo; lo que se desconoce es todo ese andamiaje que lo sostiene, o cómo lo detiene, porque las demás competencias emocionales están muy debilitadas o ausentes. Al analizar ahora, la empatía, el 88% no la posee, los residentes no se dan cuenta de los sentimientos del otro (pacientes y compañeros de trabajo), no se está al tanto de las necesidades del

otro, menos aún se observan las habilidades. Las competencias emocionales que les permitan anticipar, reconocer y satisfacer necesidades reales están ausentes. La conciencia política también estaría muy debilitada porque si se vive en un estado militarizado, en donde la jerarquía prevalece verticalmente, no permite observar horizontalmente, entonces hay incapacidad de leer las corrientes emocionales del grupo, así como las relaciones entre los miembros, lo que también escapa a reconocer en los otros las debilidades y fortalezas.

Para lograr las destrezas sociales se necesita un ambiente en donde los valores humanos sean fortalecidos en forma constante, cada médico residente debería ser capaz de inducir respuestas positivas, proactivas, propositivas en los otros, con el objetivo de lograr la práctica plena de las siguientes capacidades emocionales: influencia, comunicación asertiva en donde realmente sepa escuchar abiertamente al otro, elabore y transmita mensajes convincentes no alienados.

Por las razones anteriores se ha propuesto colocar en el currículo el aprendizaje basado en problemas para el desarrollo de la IE (Evans, P., 2009) y se apoya en que el concepto científico de IE tiene el potencial para profundizar en el desarrollo de la competencia sobre habilidades interpersonales y de comunicación, como lo marca *The Accreditation Council for Graduate Medical Education* (Grewald, D., 2008; Brown, R., 2008).

Contrasta otra vez de nuevo la siguiente idea, si el médico residente está motivado, ¿por qué no logra aprehender dichas capacidades? Porque nunca las ha practicado, ni mucho menos enseñado, y si las vieran practicar por alguien más estarían fuera de orden para su propio entorno, comprendiendo que el contexto realmente le es hostil para dicha práctica esencialmente humana. No queda la menor duda que el sistema ha caducado desde lo humano, por humanidad, pero permite comprender cómo el sistema jerárquico intrahospitalario se ha deteriorado lo cual no permite generar liderazgo, ni la

capacidad de inspirar y guiar a los demás, menos a un grupo que logre trabajar desempeñando las labores en equipo donde los valores humanos prevalezcan. No se pueden construir relaciones interpersonales humanizadas porque hay códigos secretos de “*supuesto honor*” que traicionan las prácticas obsoletas que ciegan el pensamiento crítico, reflexivo, no permitiendo que exista la colaboración, cooperación, sinergia de equipo para lograr metas colectivas y compartidas.

Con relación a las destrezas sociales y el liderazgo implícito en éstas, podemos mencionar que muchos líderes efectivos sienten que las dosis bien calibradas de irritación pueden energizar, aunque demasiadas serían paralizantes; y uniendo lo anterior con un buen proceso de comunicación, la medida de qué tan bien calibrado está un mensaje de insatisfacción puede ser si mueve a la gente hacia su pico de desempeño o los hunde más allá del punto de inflexión, en la zona en donde el estrés corroe el desempeño (Goleman, D., 2006).

Entonces como el sistema militaroides afecta el desempeño emocional, se observa cómo se desbordan algunas personas con poder cuyas emociones fluyen con especial fuerza desde la persona socialmente más dominante hacia la menos dominante; el mal humor constante corroe el clima emocional, saboteando la habilidad del cerebro para trabajar de manera óptima, y esto sucede a todo nivel en los diferentes grupos investigados. El liderazgo se resume a una serie de intercambios sociales en los que el líder tiene que conducir a las emociones del otro a un estado mejor o peor. En los intercambios de gran calidad, el subordinado siente la atención y la empatía de líder, el apoyo y actitud positiva. En las interacciones de baja calidad, hay aislamiento y amenaza (Goleman, D., 2006).

En los anteriores párrafos se trató de comprender el ¿por qué? Del 88% de ausencia de empatía en los médicos, 62% de ausencia de autoconciencia, 97% de carencia en el manejo de los propios estados de ánimo y 68% de ausencia

de las destrezas sociales, contrastando con 71% de motivación para ser cirujanos. Al comparar estos resultados con los obtenidos en una investigación realizada en el Hospital General de México con médicos residentes (García-García, J., 2009) encontramos algunas diferencias, entre éstas que las mujeres mejicanas mostraron mejor manejo del descontento constructivo, a diferencia de las guatemaltecas; en los hombres mejicanos se identificó mejor nivel de intención lo cual fue totalmente distinto con los nuestros. Ellos analizaron el rendimiento académico con la calidad de vida, el cual fue mejor, incluyendo el dominio de la intuición, mejores conexiones interpersonales en las mujeres con deficiencia en las relaciones de confianza entre los hombres. Las conclusiones evidenciaron las diferencias encontradas respecto a la IE entre géneros, edades, grupo de especialidad y el rendimiento académico previo expresan áreas no exploradas de la IE en los médicos residentes.

Los médicos y las médicas residentes de cirugía hacen turnos cada tres días, lo anterior significa que si hoy están de turno entrando a las 6 AM, saldrán mañana sin saber a qué hora estando entonces pos turno, seguramente llegarán sólo a dormir; pasado mañana estarán pre-turno, con una alta dosis de sueño pendiente, lo que significa que habrá cansancio, agotamiento; además siempre habrá tareas por cumplir porque los enfermos acuden al hospital siempre en forma constante. Está comprobado que los médicos piensan con mayor claridad cuando están de buen humor, lo cual estando pos turno o durante un turno muy agotador estarán de muy mal humor. No hay que olvidar que cuando más apatía o angustia se siente, peor se actúa. Aquí es donde se da también el "*Síndrome de Burn out*", o "*del médico quemado*", del empleado agotado; lo cual tiene las implicaciones, consecuencias fisiopatológicas y clínicas bien identificadas como documentadas.

Los médicos residentes de cirugía [hombres y mujeres], viven con estrés, éste varía con el desafío; en su nivel más bajo genera desinterés y aburrimiento, mientras que si el desafío crece incrementa el interés, la atención y motivación,

los cuales alcanzan el nivel óptimo produciendo la máxima eficiencia conductiva y desempeño. Si el desafío continúa aumentando más allá de nuestras habilidades para lidiar con él, comienza el estrés en nuestro desempeño, por lo que el aprendizaje se desmorona. Además, los malos estados de ánimo debilitan la empatía y la preocupación por el otro, obtienen peores evaluaciones, concentrándose sólo en lo negativo, y tienden a ser más descalificativos en las opiniones (Goleman, D., 2006).

Podría decirse entonces que *“la residencia es dura y habrá que aguantarla”*, pero el costo real es grande, no solo para el ser humano médico, sino también para el ser humano paciente, quien finalmente es quien busca ayuda y tratamiento. En Estados Unidos los médicos residentes en algunos estados están trabajando sobre la base de las 80 horas semanales, lo que significa que entran a diferentes horas y tienen que llevarse el material pendiente para completarlo en casa, conectándose desde ésta para terminar las evoluciones de sus pacientes; por lo menos dichas modalidades alternas coadyuvan a mejorar el trabajo y hacer sentir mejor al médico residente.

Otros hallazgos interesantes de dicha investigación están cuando se estratificó por grupos de la especialidad la conciencia emocional de otros, el grupo de especialidades mixtas mostró el porcentaje más alto de dominio óptimo comparado con las quirúrgicas que fue el más bajo, siendo este último el que mostró el porcentaje más alto en los niveles de cautela/vulnerabilidad, comparado con los otros grupos de especialidades ($p=0.05$) (García-García, J., 2009), resultados muy similares a los nuestros. Los residentes de las especialidades quirúrgicas respondieron que ellos sólo podían confiar en sí mismos para hacer las cosas, así se evitaban problemas, dejando que las situaciones crecieran hasta el punto crítico antes de hablar de éstas, evitando así las disputas respectivas; lo cual también evidencia debilidad en el dominio personal, así como la falta de destrezas sociales, entre éstas trabajar en equipo.

Ahora bien, al revisar literatura relacionada con el tema (Extremera, N., 2003; Elías, M., 1999; Maslach, C., 2001; Shapiro, L., 2004); hemos encontrado que los primeros lugares de los exámenes de oposición para los nuevos aspirantes han tenido un mejor manejo de la intuición; es más notable el resultado de una percepción de mejor calidad de vida en los residentes con promedios más altos en la licenciatura en comparación con promedios bajos. El mejor desempeño académico se ha postulado en otros estudios como concordante con una elevada IE; pero por ejemplo con nuestros residentes esto no ha funcionado, ya que en comunicación personal con el jefe del departamento de cirugía de nuestro hospital, él mencionó que ellos (los primeros lugares) son los que primero desertan, por lo que valdría investigar el ¿por qué desertan de la residencia? Y si será una decisión con fundamento en inteligencia emocional.

Me da la impresión que el costo personal es muy alto, con tremendo impacto sobre las relaciones con los compañeros y la más trascendental, sobre los pacientes, fin último por el cual decidieron optar por formarse en una carrera humanitaria de índole social. Lo anterior se correlaciona con este estudio (Talarico, J., 2008) el cual reportó que los médicos residentes de áreas quirúrgicas tuvieron buen manejo del estrés, pero mal manejo para las conexiones interpersonales, además del óptimo dominio de conciencia emocional en especialidades no quirúrgicas fue evidente, lo cual se correlaciona con los hallazgos que identificamos.

La evidencia acumulada se orienta a señalar los beneficios personales y sociales de una IE elevada, por lo que es importante desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud. El contexto organizacional de los hospitales en general constituye un entorno en el que numerosos estresores ajenos al estudiante, y fuera de su control, pueden dificultar la tarea académica y devenir en verdaderos obstáculos para el éxito. El estrés académico no se soluciona simplemente proporcionando al estudiante herramientas o recursos

emocionales que le permitan afrontarlo, más bien se requieren enfoques globales que hagan posible la detección y modificación de aquellos aspectos estresantes de las organizaciones educativas y de los sistemas de salud (García-García, JA, 2009; Morales-Linares, 2005).

11.3 ENFERMERÍA

El papel de la enfermera desde la antigüedad ha sido muy importante, el rol de desempeño que ha jugado a través del tiempo como asistente del médico conlleva la reflexión acerca del quehacer actual de la enfermera (o) hoy en día. No está demás decir que en la actualidad se ha denigrado sustancialmente a dicho profesional de la salud, sobre todo ellas (os) han sido objeto de rechazo profesional posiblemente por desconocimiento de la formación educativa, se les relega a un segundo plano en las instituciones hospitalarias. Es un hecho que existen diferencias pero al final son seres humanos, que viven y sienten, supuestamente, como todos los médicos y estudiantes con quienes interactúan dentro del hospital.

Algunos antecedentes son importantes hacer notar, como por ejemplo, al leer libros relacionados con la historia de la medicina, encontramos diosas de la medicina, quienes participan activamente con el poder real de las mujeres dentro de este campo; así también dentro de las historias de cómo ha evolucionado la medicina a través de los tiempos, la figura de la mujer enfermera es vital, ayudando a salvar vidas y sobre todo a curar enfermos. En Estados Unidos y en Europa, la enfermera juega un papel importante porque viene a ser el primer contacto del enfermo antes de ser visto por el médico especialista, quien lo interroga, luego lo examina la enfermera. Las visitas o rondas hospitalarias son acompañadas por las enfermeras jefes, quienes brindan información importante acerca de la evolución de los pacientes, incluso en otros lugares son las personas más cercanas a los familiares de los pacientes y se encargan de dar toda la información acerca del estado actual de

los enfermos. Lo anterior no quiere decir que aquí no se realice, en muy pocos lugares de Guatemala se practica así la enfermería.

Uno de los elementos claves de inteligencia emocional a desarrollar por la enfermera en el trato cotidiano con los pacientes, es la empatía, que implica la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones identificadas en los otros. Así como, la comprensión de los demás, al darse cuenta de los sentimientos y perspectivas de compañeros de trabajo y pacientes (Jiménez, L, 2006).

Actualmente la carrera de enfermería se puede estudiar en la Escuela Nacional de Enfermeras que pertenece al Ministerio de Salud Pública, en donde se gradúan de enfermeras auxiliares o graduadas. Luego pueden seguir estudiando en la universidad y obtener el título profesional de licenciadas en enfermería. A pesar de lo anterior muchas enfermeras siguen formándose inicialmente en hospitales o sanatorios privados en donde les otorgan determinados créditos para que luego realicen evaluaciones finales en hospitales nacionales para obtener el reconocimiento del Ministerio de Salud y así laborar finalmente en instituciones del estado o del seguro social. La formación educativa de ellas incluye, al igual que la de los estudiantes de medicina, materias básicas de epidemiología, anatomía, fisiología, farmacología, clínica básica, etc. Es una formación muy parecida en donde también realizan prácticas con pacientes. Entonces, ¿qué sucede si teniendo una formación educativa humanitaria de índole social y orientada a promover la salud de los pacientes tanto en curación como prevención, no se evidencia sinergia cooperativa para mejorar el servicio, las tareas docentes y asistenciales en beneficio de los pacientes?

¿Por qué se percibe el rechazo al personal de enfermería, si son también seres humanos que al igual que los estudiantes de medicina y médicos residentes trabajan fuertemente día y noche para lograr la salud de los guatemaltecos (as)?

Menciono este preámbulo, para que se comprendan mejor los resultados obtenidos en cuanto al nivel de inteligencia emocional investigado en el grupo de 20 enfermeras, en donde al igual que los resultados obtenidos en los instrumentos TMMS-24 son muy similares a los descritos en los estudiantes y médicos, con deficiencia en la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada (80%); luego vemos que los resultados en la comprensión están divididos ya que 45% no comprenden sus estados emocionales, y al parecer 60% pueden regular los mismos correctamente, lo cual contrasta con los resultados obtenidos en el CIC, donde el manejo de los estados de ánimo y los impulsos fue sumamente deficiente (90%), acompañado de la falta de empatía con 65%, la ausencia en reconocer estados de ánimo propios con 55% y finaliza con carencia en el manejo de las destrezas sociales del 80%.

Realmente estas experiencias se evidencian no sólo en los hospitales nacionales sino también en algunos centros privados, todo esto se da en la práctica cotidiana donde el medico ordena y la enfermera tiene que cumplir lo que se le ordena. Por ejemplo aquí se evidencia la falta de comunicación, influencia, liderazgo, colaboración, cooperación del trabajo en equipo, entre otras.

La necesidad de mejorar "*la empatía*" radica, según Cristina Liébana, en que ésta se correlaciona en positivo con el afecto positivo, con la absorción y el vigor. Puntuaciones más altas promueven puntuaciones más elevadas en afecto positivo, vigor y absorción (engagement), lo que significa que la persona está concentrada en sus estudios, el tiempo le pasa rápidamente y presenta dificultades a la hora de desconectarse de lo que está haciendo, debido a las fuertes dosis de disfrute por la concentración que experimenta.

El trabajo en equipo es tan importante porque éste es determinado por los valores, siendo los más representativos la responsabilidad, el respeto, la tolerancia. Hay una jerarquía que también podría decirse está ya obsoleta para

este nuevo siglo, en donde las enfermeras auxiliares hacen la tarea que las graduadas les solicitan y no más! terminan su turno de seis u ocho horas y luego regresan a casa, o bien se dirigen a otro trabajo de similares características, mientras que los médicos siguen de corrido trabajando. En lo personal pienso que al igual que los médicos, las enfermeras (os) no saben el tipo de trabajo en el cual se han involucrado, porque se requiere de un compromiso real, pero sobre todo pasión.

Los resultados de un taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras buscando su eficacia a corto plazo (Rodríguez, A., Llorenz, S., Salanova, M., 2006), lograron conseguir que los participantes fueran conscientes de sus emociones y las pudieran llegar a identificar. Este fue el primer paso para ser inteligentes emocionalmente. Talleres como éstos, han logrado que los participantes soliciten aumentar el número de sesiones, dándole seguimiento a este problema para evitar “*recaídas*”. 33% de los asistentes reportan que el taller les había ayudado a reconocer más profundamente y poner nombre a algunos sentimientos que hasta el momento desconocían, así como a conocerse e intentar regular las emociones.

Estoy seguro que todavía hay enfermeras (os) comprometidos con su trabajo, en donde fluye la entrega y pasión por el quehacer humanitario, pero son los que cada vez disminuyen en cantidad. No solo hay un problema de selección, sino de convicción personal al desconocer la tarea profesional por la que pretenden formarse. **Realmente no encuentro diferencia alguna con la formación de los médicos desde el punto de vista de la inteligencia emocional, a todo nivel está deficiente y lo anterior se hace aún más evidente al revisar el cuadro comparativo en donde se observa cómo la curva formativa va decayendo conforme pasan los años en los que se especializa la carrera de medicina.**

Cristina Liébana, en su investigación en 371 estudiantes de enfermería, reporta cómo ellas obtuvieron resultados altos en IE correlacionando con puntuaciones menores en los niveles de agotamiento, cinismo, mayor eficacia académica, menor percepción del estrés y puntuaciones más elevadas en vigor, dedicación y absorción en el desempeño de sus tareas académicas. Lo que se traduce en niveles más elevados de conciencia emocional, control emocional, empatía, motivación, habilidades sociales, afecto positivo general.

Para Jiménez, L., (2002) la enfermera profesional debe aspirar a lograr la autoconciencia que le permita reconocer sus propios estados de ánimo y trabajar para madurar la conciencia emocional, que la lleve a la auto evaluación de las fortalezas y debilidades, así como al desarrollo de acciones que generen sentimientos de auto confianza a partir de los valores y capacidades. A través del desarrollo de la autorregulación, manejar emociones perturbadoras e impulsos arrebatados, así como, mantener estándares adecuados de honestidad, integridad, desarrollo de conciencia, responsabilidad en el propio desempeño laboral y adaptación a los proceso de cambio.

La enfermera debe aprender a ser catalizadora del cambio, iniciadora o administradora de las situaciones nuevas y ser constructora de lazos con el fin de alimentar y reforzar las relaciones interpersonales del grupo de trabajo, al propiciar un sistema de colaboración y cooperación para trabajar con otros en el logro de metas compartidas relacionadas con los cuidados e interacciones con los pacientes (Jiménez, L., 2002).

Existen facultades de medicina que incluyen dentro de los pensum o currículos la carrera de formación de enfermería, por lo que finalmente también recae en las instituciones formativas la calidad del producto que se está educando dentro de las aulas. Lo anterior evidencia una realidad que no se puede soslayar, pero de la cual se pueden rescatar algunos puntos clave, aspectos muy importantes

dentro de la formación de nuevos seres humanos dedicados a la prevención y curación de las enfermedades.

11.4 SÍNTESIS FINAL

Hace cinco años se realizó un proyecto de investigación relacionado con el quehacer del estudiante de medicina, en ese momento se hizo una reflexión final que se puede aplicar al contexto de esta investigación, la cual se transcribe literalmente: *“el cansancio por el exceso de trabajo, el constante desvelo inciden directa y negativamente en la motivación del estudiante para buscar, interesarse y gestionar formas alternativas de aprendizaje dentro de los conocimientos médicos y quirúrgicos. Es un problema real y serio porque no permite una formación integral, además que evidencia la falta de comunicación entre entes institucionales formativos que podrían intervenir en una educación más integral, humana y significativa para la vida de los estudiantes, cuyo potencial entonces estaría dirigido a la atención del paciente. Lastimosamente estudiantes cuyos elementos esenciales son: la Escuela, la Familia, el Estudiante (como persona) y el Grupo; todos dentro de un entorno real, social, cultural. La interacción de estos cuatro elementos es importante para un equilibrio dinámico en la educación médica tecnológica con visión de desarrollo integral del discente para el siglo XXI”*. Lo anterior es de aplicación válida para los sujetos de esta investigación, léase: estudiantes, médicos residentes y personal de enfermería; además termino de confirmar la sospecha que se generó en otro trabajo de investigación relacionado con las *“competencias médico quirúrgicos del estudiante de medicina”*, en la cual se intuyó que la gente que ingresa a este tipo de carreras relacionadas con la salud no solo tienen cierto grado de inmadurez emocional sino que desconocen completamente el entorno en el cual se desenvolverán en el futuro.

12 CONCLUSIONES

- 12.1 El estado actual de la formación educativa en inteligencia emocional de los estudiantes de medicina, --hombres y mujeres--, de pregrado (externos y externas) fue deficiente, lo cual se evidencia al cotejar los resultados obtenidos entre los instrumentos tmms-24 y el cuestionario de incidentes críticos CIC, cuyos hallazgos más relevantes revelaron que la percepción de emociones debe mejorarse (55%); la comprensión y regulación de las mismas oscilan entre 50-58%; mientras que el CIC evidencia que el estudiante de medicina posee autoconciencia de las emociones en 67%, y motivación del 81%, careciendo de autorregulación de las mismas, empatía y destrezas sociales en 84%, 75% y 64%, respectivamente.
- 12.2 Las estrategias educativas de aprendizaje mediante las cuales los estudiantes “arman un rompecabezas” del caso clínico del paciente (la clase rompecabezas), así como el “Role Playing”, les permite tomar conciencia de las siguientes competencias en inteligencia emocional: motivación por lo que hacen, autoconciencia y autorregulación de las emociones; aprenden a desarrollar la empatía, así como a desarrollar destrezas sociales.
- 12.3 Mediante la práctica de la estrategia educativa de aprendizaje “la clase rompecabezas” del caso clínico del paciente, los estudiantes practicaron los siguientes valores: responsabilidad, respeto, tolerancia, prudencia, escuchando al otro como auténtico otro, logrando ser por unos instantes ellos mismos, seres humanos quienes están en contacto con pacientes, otros seres humanos que viven, sienten y sufren. Con este subgrupo de ocho estudiantes se dio un proceso de aprendizaje

alternativo porque se vivieron, experimentaron y descubrieron las experiencias de los pacientes; se practicó “el arte de pensar”, mediante la reflexión de las distintas situaciones de vida que se dieron: medicas, quirúrgicas y no médicas generándose un aprendizaje por descubrimiento, significativo e integral.

12.4 El estado actual de la formación educativa en inteligencia emocional de los (las) estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado EPS -- internos e internas-- fue deficiente, lo cual se evidenció al cotejar los resultados obtenidos entre los instrumentos TMMS-24 y el Cuestionario de Incidentes Críticos CIC, cuyos hallazgos más relevantes revelaron que la percepción de emociones debe mejorarse en 76%; la comprensión y regulación de las mismas oscilan entre 42-57%; mientras que el CIC evidenció que los internos poseen autoconciencia de las emociones en 54%, y motivación del 57%, careciendo de autorregulación de las mismas, empatía y destrezas sociales en 73%, 85% y 73%, respectivamente; **los anteriores resultados evidencian que el paso de los estudiantes por el hospital en un plazo de 18 meses desmejoran sustancialmente desde el punto de vista emocional.**

12.5 El estado actual de la formación educativa en inteligencia emocional de los estudiantes de postgrado –médicos y médicas residentes-, fue deficiente, lo cual se evidencia al cotejar los resultados obtenidos entre los instrumentos TMMS-24 y el Cuestionario de Incidentes Críticos CIC, cuyos hallazgos más relevantes revelaron que la percepción de emociones debe mejorarse (59%); la comprensión y regulación de las mismas oscilan alrededor del 50%; mientras que el CIC evidencia que los médicos residentes poseen motivación en 91% pero carecen de autoconciencia y autorregulación de las emociones; así como de empatía y destrezas sociales en 61%, 98%, 88% y 68%, respectivamente; los anteriores resultados evidencian que luego del

egreso de los estudiantes del hospital continuando con la graduación como médicos y el re-ingreso de ellos al hospital a realizar una residencia médica en este tipo de especialidad, la quirúrgica, deteriora aún más la práctica de la inteligencia emocional intrahospitalaria.

- 12.6 El estado actual de la formación educativa en inteligencia emocional en las enfermeras, fue deficiente, lo cual se evidencia al cotejar los resultados obtenidos entre los instrumentos TMMS-24 y el Cuestionario de Incidentes Críticos CIC, cuyos hallazgos más relevantes revelaron que la percepción de emociones debe mejorarse en 80%; la comprensión y regulación de las mismas oscilan entre 15% a 45%; mientras que el CIC evidencia que las enfermeras sí poseen autoconciencia en 55%, trabajan con motivación del 85%, pero carecen de autorregulación de las emociones, así como de empatía y destrezas sociales en 90%, 65% y 80%, respectivamente; los anteriores resultados evidencian que la formación de las enfermeras posee bastantes debilidades en cuanto a inteligencia emocional se refiere.

13. RECOMENDACIONES

- 13.1 Las competencias fundamentales que se necesitan implementar dentro de la formación médica en los estudiantes externos (as), internos (as), médicos (as) residentes y personal de enfermería son: autoconciencia y autorregulación de las emociones, así como la empatía y las destrezas sociales para que el personal pueda ser emocionalmente inteligente no sólo en el desarrollo y práctica de la profesión con los pacientes y colegas, sino para su vida profesional.
- 13.2 Las estrategias de aprendizaje necesarias e imprescindibles que deben incluirse dentro de la formación del médico (a) y personal de enfermería para que desarrollen la inteligencia emocional son: el role playing, el texto paralelo, la discusión de los casos clínicos reales llegando a descubrir y experimentar momentos cumbre, el aprendizaje basado en el paciente, las clases rompecabezas, el aprendizaje basado en problemas, la evaluación clínica, objetiva y estructurada OSCE.
- 13.3 Incluir la evaluación de las competencias en inteligencia emocional a través de los instrumentos de medición como el TMMS-24, así como el Cuestionario de Incidentes Críticos CIC, los cuales aportaron información importante para documentar el estado actual de la inteligencia emocional en los estudiantes de medicina, médicos residentes y personal de enfermería, cada uno en su respectivo nivel, lo que permitirá conocer el impacto generado en la formación de futuros profesionales dentro del campo de la salud.

- 13.4 Sugerir a las Facultades de Ciencias Médicas de las distintas universidades que tienen carrera formal de medicina, realizar evaluaciones periódicas sobre el estado actual de la inteligencia emocional; así como a la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, Departamento de Psicología del Hospital Roosevelt incluir dentro de las evaluaciones regulares para los médicos aspirantes a especialidades médicas y quirúrgicas los instrumentos relacionados con la evaluación de la inteligencia emocional.
- 13.5 Sugerir a las escuelas formadoras de enfermeras, así como a las Universidades que titulan enfermeras profesionales, realizar evaluaciones periódicas sobre el estado actual de la inteligencia emocional; así como al Departamento de Psicología del Hospital Roosevelt incluir dentro de las evaluaciones regulares para las enfermeras aspirantes a trabajar dentro del hospital, pasándoles los instrumentos relacionados con la evaluación de la inteligencia emocional.
- 13.6 Solicitar a la Jefatura del Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt la inclusión de los instrumentos TMMS-24 y Cuestionario de Incidentes Críticos CIC, para evaluar el estado actual de la IE en los médicos y médicas residentes según su nivel, así como en los médicos aspirantes a la residencia médica, lo que le permitirá tener un perfil más idóneo de los aspirantes para la selección de médicos residentes.
- 13.7 Solicitar al Departamento de Recursos Humanos hacer las evaluaciones periódicas sobre inteligencia emocional para optimizar la calidad del recurso humano que atiende diariamente a los pacientes dentro del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Aggleton, JP. (1993). **The contribution of the amygdale to normal and abnormal emotional states.** Trends in neuroscience; 16: 328-333.
- ✓ Agobián, G., et al. (2004). **Nivel de inteligencia emocional en los estudiantes de VI año de medicina de la UCLA. Barquisimeto.** Boletín Médico de Postgrado; Vol XX.
- ✓ Aragón, M. (2000). **Estilos de Aprendizaje.** Guatemala: Profasr, URL.
- ✓ Aragón, M. (2011). **Los textos de apoyo didáctico y su influencia en el aprendizaje significativo en programas educativos semipresenciales.** Guatemala: EFPEM, USAC.
- ✓ Ausubel, D., Novak, J., & Hanesian, H. (1990). **Psicología educativa, un punto de vista cognoscitivo.** México: Trillás.
- ✓ Ausubel, D. (2002). **Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva.** Barcelona: Edit. Paidós.
- ✓ Birdwhistell, R. (Ed.). (1952). **Introduction to kinesics. An annotated system for analysis of body motion and gesture,** Washington DC.: Dept. of State, Foreign Service Institute.
- ✓ Birdwhistell, R. (1970). **Kinesics and context: essays on body motion communication.** USA: Philadelphia.

- ✓ Birch, S., & Lardd, G. (1996). **Social motivation: understanding children's school adjustment.** New York: Cambridge University Press.
- ✓ Bohm, D. (Ed.). (1982) **Tiempo, espacio y medicina.** Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Brackett, M. & Caruso, D. (2006). **Improving emotional intelligence: a practitioner's guide.** New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
- ✓ Brackett, M., et al. (2007). **Creating an emotionally intelligent school district: a skill-based approach.** New York: Psychology Press/Taylor.
- ✓ Braden, G. (Ed.). (2006). **La Matriz Divina.** Málaga España: Editorial Sirio SA.
- ✓ Braden, G.(Ed.). (2006). **El Poder de la Profecía.** Barcelona: Urano, ediciones.
- ✓ Briggs, J., Peat, D., (Ed.). (1999). **Las Siete Leyes del Caos.** Barcelona: Grijalbo Ediciones.
- ✓ Brown, R., Bylund, C. (2008). **Communications Skills training: describing a new conceptual model.** AcadMed; 83.37-44.
- ✓ Capra, F. (Ed.). (1982) **El Punto Crucial.** Barcelona: Editorial Gaia.
- ✓ Capra, F. (Ed.). (1990) **Sabiduría Insólita.** Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Capra, F. (Ed.). (2002). **Las Conexiones Ocultas.** Barcelona: Editorial Anagrama.

- ✓ Casas-Fernández, G. (2010). **El máximo potencial para el autismo.** Psicopedagogía emocional.
- ✓ Chopra, D. (Ed.). (2005). **Sincrodestino.** México: Santillana Ediciones.
- ✓ Ciarrochi, J., Chan, A., Caputi, P. (2000). **A critical evaluation of the emotional intelligence construct.** Personality and Individual Differences: 28: 539–561.
- ✓ Cooper, R. (Ed.). (1998) **La Inteligencia emocional aplicada al liderazgo y las organizaciones.** Bogotá, Colombia: Editorial Norma.
- ✓ Csikszentmihalyi, M. (Ed.). (1998) **Creatividad: el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención.** Barcelona: Editorial Paidós.
- ✓ Csikszentmihalyi, M. (Ed.). (2000) **Fluir: una psicología de la felicidad.** Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Davidson, R., Jackson, D., Kalin, N. (2000). **Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience,** Psychological Bulletin 126: 890, 909.
- ✓ Dethlefsen, T., Dahlke, R. (2006). **La Enfermedad como camino.** México: Editorial Debolsillo.
- ✓ Dossey, L. (Ed.). (1982). **Tiempo, espacio y medicina.** Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Delors, J. (1996). **La educación encierra un tesoro.** Madrid: Santillana–Ediciones UNESCO.

- ✓ De Gelder, B. y Vroomen, J. (1999) **Bimodal emotion perception**. Cognition and Emotion: 14; 321-324. Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Eibesfeldt, E. (1993). **Biología del comportamiento humano**. Madrid: Alianza.
- ✓ Ekman, P. (Ed.). (1997). **The Nature of Emotion**. UK: Oxford University Press
- ✓ Ekman, P., Friesen, S. & Ancoli, H. (1980) **Facial signs of emotional experience**, Journal of Personality and Social Psychology, 39: 1.125-1.134
- ✓ Elías, M., Tobias, S., Friedlander, B. (1999). **Educación con inteligencia emocional**. Barcelona, España.
- ✓ Emmer, E. (1994). **Toward an understanding of the primary of classroom management and discipline**. Teaching Education; 6:65-69.
- ✓ Etxebarria, I., Fuentes, MJ, Ortiz, MJ (1999). Psicopedagogía de la **Inteligencia emocional**. Barcelona, España.
- ✓ Evans, P. (2009). **Is there a link between problem - based learning and emotional intelligence?** KUMJ; 7 (25): 4-7.
- ✓ Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. (2003). **La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula**. Rev Iberoam Educ; 30:1-12.
- ✓ Extremera, N., et al. (2003). **Inteligencia emocional y burn out en profesores**. Encuentros en Psicología Social; 1:260-265.

- ✓ Extremera, N., et al. (2004). **Medidas de evaluación de la inteligencia emocional**. Rev Latinoam Psicol. 36 (2): 209-228.
- ✓ Extremera, N., et al. (2004). **La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado**. Rev Iberoam Educ, 33: 1–10.
- ✓ Fernández–Berrocal, P. & Ramos, N. (Ed.). (2004). **Desarrolla tu inteligencia emocional**. Barcelona: Kairós.
- ✓ Fernández–Berrocal, P., Ramos, D., Natalia, S. (Ed.). (2005). **Corazones Inteligentes**. Barcelona: Kairós.
- ✓ Fernández, M., Palomero-Pescador, J. & Teruel, M. (2009). **El desarrollo socio-afectivo en la formación inicial de los maestros**. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 12(1): 33–50.
- ✓ Fernández–Berrocal P, et al. (2008a). **Educación emocional y convivencia en el aula**. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- ✓ Fernández–Berrocal, P., et al. (2008b). La inteligencia emocional en la educación. Rev Invest Psicoeduc; 6:193-204.
- ✓ Fernández–Berrocal, P., et al. (Ed.). (2008). **Handbook of Instructional Resources and their applications in the classroom**. New York: Nova.
- ✓ Fernández–Berrocal, P., et al. (Ed.). (2008). **Educación emocional y social: análisis internacional**. Santander: Fundación Marcelino botín.
- ✓ Fernández–Berrocal, P., et al. (2008). **Estudios en el ámbito de la Inteligencia Emocional**. Jaén: Universidad de Jaén.

- ✓ Frankl, V. (1999). **El hombre en busca de sentido**. Barcelona: Editorial Herder.
- ✓ Gallegos, R. (Ed.). (1999) Educación Holista. México: Impresos Beca.
- ✓ Gallo, A. (2006). **Introducción a los Valores**. Guatemala: Profasr, URL.
- ✓ Gardner, H. (Ed.). (2002). **Las Inteligencias Múltiples**. USA: McGraw Hill.
- ✓ Gawain, S. (Ed.). (2001) **Desarrollo de la Intuición**. México: Taurus Alfaguara Ediciones.
- ✓ Goleman, D. (Ed.). (2000). **La Inteligencia Emocional**. México: Ediciones México. SA.
- ✓ Goleman, D. (Ed.). (2003). **Emociones Destructivas: un diálogo científico con el Dalai Lama**. Argentina: Ediciones B.
- ✓ Goleman, D. (Ed.). (2009). **La Práctica de la Inteligencia Emocional**. Barcelona: Editorial: Kairós.
- ✓ Goleman, D. (Ed.). (2006). **Inteligencia Social**. México: Editorial El Planeta.
- ✓ Grajeda, G. (1995). **El Texto Paralelo**. Guatemala: URL-RNTC.
- ✓ Grajeda, G. (1996). **Rompiendo el Paradigma Educativo**. Guatemala: Guategraphic Impresiones.
- ✓ Grewal, D., Davidson, H. (2008). **Emotional Intelligence and graduate medical education**. JAMA; 300 (10): 1200-1202.

- ✓ Gutiérrez, F., Prieto, D. (2002). **Mediación Pedagógica**. Guatemala: EDUSAC.
- ✓ Hall, E. (1959/1989). **The silent language**. Nueva York: Fawcett.
- ✓ Hernández, R., Fernández, C. (Ed.). (2006). **Metodología de la Investigación**. México: McGraw Hill.
- ✓ Herron, J. et al (2010) **Emotional intelligence and academic performance in medical students**. AMEE, Glasgow UK.
- ✓ Juárez, E., (s/f). **Transitando por los caminos de la evaluación**. Guatemala: PDP-USAC: MINEDUC.
- ✓ Kuitenbrouwer, J. (Ed.). (1992). **Entre el terror y la ternura**. Chile: ISS-CEAAL
- ✓ LeDoux, J. (Ed.). (1996). **El cerebro emocional**. Barcelona: Ariel/Planeta.
- ✓ Licea, L. (2002). **La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud (2002)**. RevEnferm IMSS; 10(3): 121-123.
- ✓ Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). **Job Burnout**. Ann Rev Psychol; 52:397-442.
- ✓ Maturana, H. (Ed.). (1992) **Emociones y lenguaje en educación y política**. Santiago de Chile: CED.
- ✓ Maturana, H. (Ed.). (1999). **Transformación en la convivencia**. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

- ✓ Mayer, J., Roberts, R., Barsade, S. (2008). **Human Abilities: Emotional Intelligence**. The Annual Review of Psychology, 59, 507–536.
- ✓ Mayer, J., Salovey, L., (1993). **The intelligence of emotional intelligence**. Intelligence; 17: 433–442.
- ✓ Mayer, J., Salovey, L. (Ed.). (1997). **Emotional development and emotional intelligence: implications for educators**. New York: Basic Books.
- ✓ Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., Sitarenius, G. (2001). **Emotional intelligence as a Standard intelligence**. Emotion; 1: 232-242.
- ✓ Monzón, S. (Ed.). (2000). **Introducción al proceso de la investigación científica**. Guatemala: Editorial Oscar Del León Palacios.
- ✓ Morales-Linares, J., (1995). **Reflexión docente acerca del aprendizaje**. Guatemala: EDUSAC, IIME.
- ✓ Morales-Linares, J., (1997). **Segundo Seminario de Innovaciones Educativas en la USAC, Décadas 80 y 90**. Guatemala: EDUSAC, IIME.
- ✓ Morales-Linares, J. (2005). **Aprender a aprender con la práctica clínica humana, ética e integral desde una visión holista**. Guatemala.
- ✓ Morales-Linares, J. (2005). **El Tao de la Práctica Médica**. Guatemala.
- ✓ Morales-Linares, JC (2009). **Aprender haciendo con la tecnología educativa actual desde una visión holista**. Guatemala: CICS, EFPEM, USAC.

- ✓ Ostrander, O. (Ed.). (1980). **Súper aprendizaje**. México: Ediciones Grijalvo.

- ✓ Palomera, R., Fernández-Berrocal, P. & Brackett, M. (2008). **La inteligencia emocional como una competencia básica en la formación inicial de los docentes: algunas evidencias**. *RevEleclInvestPsicoeduc*: 15; 437-454.

- ✓ Palomero, P. (2009). **Desarrollo de la competencia social y emocional del profesorado: una aproximación desde la psicología humanista**. *RevistaPsychology Press/Taylor & Francis*, 1–27.

- ✓ Payán, J. (Ed.). (2000). **Lánzate al vacío: se extenderán tus alas**. Colombia: MC Graw Hill.

- ✓ Pontificia Universidad Católica de Chile. (1999). **Introducción a la Medicina**. Chile: Centro de Bioética.

- ✓ Poulou, M. (2005). **The Prevention of Emotional and Behavioural Difficulties in Schools: Teachers suggestions**. *EducPsychol in Pract*; 21: 37–52.

- ✓ Poyatos, F. (Ed.). (1998). **Cross-cultural perspectives in nonverbal communication**. Lewiston, New York/Toronto: CJ Hogrefe.

- ✓ Prieto-Rincón, D. **Estudio del coeficiente emocional en estudiantes de medicina (2008)**. *RevChilNeuro-Psiquiat*; 46: (1): 10-15.
- ✓ Prieto, D. (1997). **La enseñanza en la universidad**. Argentina: EDIUNC.

- ✓ Raine, A. (2001). **In to the mind of the killer**, *Nature*, 410, 296-298.

- ✓ Rodríguez, A., Llorenz, S., Salanova, M. (2006). **Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo.** España: Gestión Práctica de Riesgos Laborales.

- ✓ Rogers, C. (Ed.). (1972) **El proceso de convertirse en persona.** Barcelona: Paidós.

- ✓ Russell, T., Scout, R. (2006). **American College of Surgeons Remains Committed to Patient Safety.** Am Surg; 72:1005-1009.

- ✓ Sabzmakan, L., et al. (2010). **No relation between emotional intelligence style in medical education managers.** AMEE, Glasgow UK.

- ✓ Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C., Palfai, T. (Ed.). (1995). **Emotion, disclosure, and health.** Washington, DC.: American Psychological Association.

- ✓ Seligman, M. (2005). **Book of abstracts of International Congress on Emotional Intelligence.**Málaga: Gráfiko.

- ✓ Shapiro, L., Lie, D. (2004). **Comparison of medical students' written expressions of emotion and doping and standardized patients' ratings of students professionalism and communication skills.** Med Teach; 26 (8): 733-735.

- ✓ Sinay, S. (2008). **Ecología Emocional.** Buenos Aires, Argentina: Revista de la Nación.

- ✓ Sternberg, R., Spear-Swerling, L. (1996). **Enseñar a pensar.** Madrid: EdicionesGrupo Santillana.

- ✓ Sutton, R., & Wheatley, K. (2003). **Teachers' emotions and teaching: A review of the literature and directions for future research**. *Educational Psychology Review*, 15: 327–358.
- ✓ Talarico, J., Metro, D., Carney, P. (2008). **Emotional intelligence and its correlation to performance as a resident: A preliminary study**. *J Clin Anesth*; 20: 84-89.
- ✓ Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M., McCorming, R. (1995) **Testing a tripartite model: evaluating the convergent and discriminant validity and anxiety and depression symptom scales**. *Journal of Abnormal Psychology*, 104: 3-14.
- ✓ Watzlawick, P. (Ed.). (1976), **¿Es real la realidad?** Barcelona: Editorial Herder.
- ✓ Wilber, K. (Ed.). (2001). **Una teoría de todo**. Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Wilber, K. (Ed.). (2001). **El paradigma holográfico**. Barcelona: Editorial Kairós.
- ✓ Winkin, Y. (1981/1994). **La nueva comunicación**. Barcelona: Kairós.

E-GRAFÍA

- Armas, C., (s/a). Las estrategias de aprendizaje, una aproximación a su definición conceptual. En Línea: <http://www.monografias.com/estrategia-aprendizaje.shtml> [Fecha de Consulta: 9 de junio del 2010].
- Castilla & León, C., E., (2007). Aprendizaje por competencias: un modelo a debatir. España. En Línea: http://www.concejoeducativo.org/article.php?id_article=164 [Fecha de Consulta: 18 de junio del 2010].
- Contreras, J., (s/a). Un ensayo de Daniel Goleman, el investigador más prestigiado en el tema de Inteligencia Emocional. En Línea: <http://www.joseacontreras.net/promemp/lider00.htm> [Fecha de Consulta: 7 de junio del 2010].
- Cortese, A., (s/a). Competencias Emocionales. En Línea: <http://www.gestiopolis.com/canales2/rrhh/1/competenciasemocionales.htm> [Fecha de Consulta: 7 de junio del 2010].
- Doc, Ch., (s/a). La Misión de HeartMath LLC. USA. En Línea: <http://www.heartmath.com/about/company-information.html> [Fecha de Consulta: 9 de junio del 2010].
- Giraldo, G., (s/a). El concepto de competencia en pedagogía conceptual. En línea: <http://www.monografias.com/trabajos23/competencia-pedagogia/competencia-pedagogia.shtml> [Fecha de Consulta: 18 de junio del 2010].

- López, P., (s/a). Inteligencia Emocional. España. En Línea:
http://www.apuntes.rincondelvago.com/inteligencia-emocional_2.html
[Fecha de Consulta: 7 de junio del 2010].
- Patiño, J., (2005). Caos, complejidad y Cirugía. Colombia. En Línea:
http://www.encolombia.com/cirugia15300_hm.
[Fecha de Consulta: 8 de mayo del 2005].
- Psicología, D., (s/a). Máster en Inteligencia Emocional. España. En Línea:
<http://www.emotional.intelligence.uma.es/>
[Fecha de Consulta: 24 de octubre del 2010].
- Weinsinger, H., (s/a). El origen de la inteligencia emocional. En Línea:
<http://www.inteligencia-mocional.org/articulos/elorigendelainteligencia.htm>
[Fecha de Consulta: 7 de junio del 2010].

ANEXOS

<i>Índice</i>	<i>Página</i>
<i>Anexo I:</i>	
Instrumento: evaluación de Inteligencia Emocional (IE) TMMS-24.	186
<i>Anexo II:</i>	
Escala: evaluación del instrumento Inteligencia Emocional TMMS-24.	188
<i>Anexo III:</i>	
Instrumento de evaluación Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC).	190
<i>Anexo IV:</i>	
Escala de evaluación del Cuestionario de Incidentes Críticos (CIC).	191
<i>Anexo V:</i>	
Instrumento de autoevaluación de Casos Clínicos de Cirugía.	194
<i>Anexo VI:</i>	
Instrumento de autoevaluación del Texto Paralelo de Cirugía.	196
<i>Anexo VII:</i>	
Diario de notas del profesor.	198

ANEXO I
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
INTELIGENCIA EMOCIONAL (IE) TMMS-24.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta. Coloque su nivel laboral dentro del hospital, sexo y edad. Así como la Universidad a la cual pertenece. Muchas gracias.

Nivel: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha:

Universidad: _____.

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

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

ANEXO II

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: INTELIGENCIA EMOCIONAL TMMS-24.

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el meta-conocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Percepción Emocional, Comprensión de Sentimientos y Regulación Emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

PERCEPCIÓN	Definición: Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada.
COMPRENSIÓN	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales.
REGULACION	Soy capaz de <i>regular</i> los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor **percepción emocional**, los ítems del 9 al 16 para el factor **Comprensión emocional** y del 17 al 24 para el factor **regulación de las emociones**. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Tabla 2. Parámetros para la evaluación de los componentes de la IE en el Test.

PUNTUACIONES	HOMBRES	MUJERES
PERCEPCIÓN	<p>Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21</p> <p>Adecuada percepción 22 a 32</p> <p>Debe mejorar su percepción: Presta demasiada atención > 33</p>	<p>Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24</p> <p>Adecuada Percepción 25 a 35</p> <p>Debe mejorar percepción: Presta demasiada atención > 36</p>
COMPRENSIÓN	<p>Debe mejorar su comprensión: <25</p> <p>Adecuada comprensión 26 a 35</p> <p>Excelente comprensión >36</p>	<p>Debe mejorar comprensión: <23</p> <p>Adecuada comprensión 24 a 34</p> <p>Excelente comprensión >35</p>
REGULACIÓN	<p>Debe mejorar su regulación: <23</p> <p>Adecuada regulación 24 a 35</p> <p>Excelente regulación >36</p>	<p>Debe mejorar su regulación: <23</p> <p>Adecuada regulación 24 a 34</p> <p>Excelente regulación >35</p>

ANEXO III**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
CUESTIONARIO DE INCIDENTES CRÍTICOS (CIC)****Instrucciones:**

De acuerdo al ítem que se le presenta describa lo que se le solicita. Puede utilizar el anverso de la hoja si desea ampliar sus comentarios. Coloque su nivel laboral dentro del hospital, sexo y edad. Así como la Universidad a la cual pertenece. Muchas gracias.

Nivel: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha:

Universidad: _____.

- 1. DESCRIBA POR FAVOR SU TRAYECTORIA PROFESIONAL:**

- 2. REALICE UNA DESCRIPCION DEL PUESTO ACTUAL QUE DESEMPEÑA EN EL HOSPITAL:**

- 3. DESCRIBA ALGÚN ACONTECIMIENTO PASADO DE SU VIDA EN DONDE HAYA DESEMPEÑADO UN PAPEL PROTAGONICO:**

- 4. DESCRIBA ALGÚN ACONTECIMIENTO RECIENTE DE SU VIDA ENDONDE HAYA DESEMPEÑADO UN PAPEL DE PROTAGONISTA:**

- 5. DESCRIBA LA (S) RAZONES POR LAS CUALES DECIDIÓ SER MEDICO Y SI AHORA ES RESIDENTE DE CIRUGÍA ¿POR QUÉ DESEA SER CIRUJANO?**

ANEXO IV**ESCALA DE EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE INCIDENTES CRÍTICOS (CIC)**

Las Cinco Habilidades Prácticas de la Inteligencia Emocional, subdividas, por el Dr. Daniel Goleman, en competencias.

Estas capacidades son:

AUTOCONCIENCIA

Implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones.

Las competencias emocionales que dependen de la autoconciencia son:

- 1) **Conciencia emocional:** identificar las propias emociones y los efectos que puedentener.
- 2) **Correcta autovaloración:** conocer las propias fortalezas y sus limitaciones.
- 3) **Autoconfianza:** un fuerte sentido del propio valor y capacidad.

AUTORREGULACIÓN

Se refiere a manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos. Las competencias emocionales que dependen de la autorregulación son:

- 1) **Autocontrol:** mantener vigiladas las emociones perturbadoras y los impulsos.
- 2) **Confiabilidad:** mantener estándares adecuados de honestidad e integridad.
- 3) **Conciencia:** asumir las responsabilidades del propio desempeño laboral
- 4) **Adaptabilidad:** flexibilidad en el manejo de las situaciones de cambio.
- 5) **Innovación:** sentirse cómodo con la nueva información, las nuevas ideas y las nuevas situaciones.

MOTIVACIÓN

Se refiere a las tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas. Las competencias emocionales que dependen de la motivación son:

1. **Impulso de logro:** esfuerzo por mejorar o alcanzar un estándar de excelencia laboral.
2. **Compromiso:** matricularse con las metas del grupo u organización.
3. **Iniciativa:** disponibilidad para reaccionar ante las oportunidades.
4. **Optimismo:** persistencia en la persecución de los objetivos, a pesar de los obstáculos y retrocesos que puedan presentarse.

EMPATÍA

Implica tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros. Las competencias emocionales que dependen de la empatía son:

- 1) **Comprensión de los otros:** darse cuenta de los sentimientos y perspectivas de los compañeros de trabajo.
- 2) **Desarrollar a los otros:** estar al tanto de las necesidades de desarrollo del resto y reforzar sus habilidades.
- 3) **Servicio de orientación:** anticipar, reconocer y satisfacer las necesidades reales del cliente.
- 4) **Potenciar la diversidad:** cultivar las oportunidades laborales a través de distintos tipos de personas.
- 5) **Conciencia política:** ser capaz de leer las corrientes emocionales del grupo, así como el poder de las relaciones entre sus miembros.

DESTREZAS SOCIALES

Implica ser un experto para inducir respuestas deseadas en los otros. Este objetivo depende de las siguientes capacidades emocionales:

- 1) **Influencia:** idear efectivas tácticas de persuasión.
- 2) **Comunicación:** saber escuchar abiertamente al resto y elaborar mensajes convincentes.
- 3) **Manejo de conflictos:** saber negociar y resolver los desacuerdos que se presenten dentro del equipo de trabajo.
- 4) **Liderazgo:** capacidad de inspirar y guiar a los individuos y al grupo en su conjunto.
- 5) **Catalizador del cambio:** iniciador o administrador de las situaciones nuevas.
- 6) **Constructor de lazos:** alimentar y reforzar las relaciones interpersonales dentro del grupo.
- 7) **Colaboración y cooperación:** trabajar con otros para alcanzar metas compartidas.
- 8) **Capacidades de equipo:** ser capaz de crear sinergia para la persecución de metas colectivas.

ANEXO V
INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN
CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Carné: _____ **Edad:** _____

Este es un proceso de reflexión personal acerca del trabajo que desarrollaste y que culminó en la presentación de tu caso clínico.

¿Cuál es la enfermedad que tiene tu paciente?

Ahora por favor encierra en un círculo tu respuesta relacionada con la pregunta que se te está haciendo, todas están relacionadas con la preparación, desarrollo y presentación de tu caso clínico.

- | | | | |
|----|--|----|----|
| 1 | Me preparé a conciencia en la elaboración de mi caso: | SI | NO |
| 2 | Incluí los objetivos al inicio de la presentación: | SI | NO |
| 3 | Incluí los datos generales completos en la presentación: | SI | NO |
| 4 | Pregunté y coloqué el motivo de consulta: | SI | NO |
| 5 | Incluí la historia de la enfermedad completa: | SI | NO |
| 6 | Incluí la revisión por sistemas en la presentación: | SI | NO |
| 7 | Realicé un examen físico completo y lo incluí en la presentación | SI | NO |
| 8 | Incluí los principales exámenes de laboratorio: | SI | NO |
| 9 | Presenté los principales métodos diagnósticos con imágenes: | SI | NO |
| 10 | Incluí varias impresiones clínicas en el caso: | SI | NO |
| 11 | Presenté un marco teórico conciso, preciso y claro: | SI | NO |
| 12 | Incluí datos epidemiológicos relacionados con morbilidad y mortalida | SI | NO |
| 13 | Incluí datos epidemiológicos relacionados con calidad de vida | SI | NO |
| | sobrevida: | | |
| 14 | Incluí imágenes propias del caso clínico investigado | SI | NO |
| 15 | Bajé imágenes de la Red Internet: | SI | NO |
| 16 | Investigué e incluí como mínimo 5 referencias bibliograficas: | SI | NO |
| 17 | Incluí una diapositiva que generara discusión del caso: | SI | NO |
| 18 | Presenté una Guía de Manejo propia del caso clínico | SI | NO |
| 19 | Propicié realmente discusión grupal y controversia: | SI | NO |

20	Incluí un mensaje para la reflexión grupal:	SI	NO
21	Establecí una comunicación real con el paciente y/o con sus familiares:	SI	NO
22	Fui creativo en mi presentación:	SI	NO
23	Presenté el tratamiento quirúrgico realizado al enfermo:	SI	NO
24	Presenté la evolución y seguimiento que le di al caso:	SI	NO
25	Revisé completamente y a conciencia el expediente médico:	SI	NO
26	Identifiqué dilemas éticos y bioéticos en el manejo del caso, los presenté y/o comenté:	SI	NO
27	Identifiqué en la auditoria que hice del caso problema médico legal haciéndolo ver en la presentación:	SI	NO
28	Me comuniqué con el facilitador para aclarar alguna duda previa a la presentación:	SI	NO
29	¿Cuáles fueron mis principales debilidades?	SI	NO
30	¿Cuáles fueron mis principales fortalezas?	SI	NO
31	¿Cuáles fueron las principales oportunidades de aprendizaje que me brindó la preparación del caso?	SI	NO
32	En síntesis ¿qué aprendizaje para la vida me dejó este enfermo?	SI	NO
33	¿Cuál fue el mensaje que compartiste con el grupo? ¿Por qué razón?	SI	NO
34	Si respondiste afirmativamente a todos los ítems, definitivamente tu aprovechamiento del caso fue satisfactoria, de lo contrario tendrás que identificar cuáles fueron tus debilidades y fortalecerlas para tu próxima presentación. Te corresponderá ser justo, honesto y responsable para auto evaluarte, partiendo de tus respuestas previas y decidir si tu trabajo fue mediocre, excelente, satisfactorio o insatisfactorio.		
35	¿Cuál fue la canción que compartiste con el grupo? ¿Por qué razón?	SI	NO
36	Comentarios adicionales:	SI	NO

ANEXO VI
INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN
TEXTO PARALELO DE CIRUGÍA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Carné: _____ **Edad:** _____

Este es un proceso de reflexión personal acerca del trabajo que desarrollaste y que culminó en la presentación de tu caso clínico.

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 1 | Preparé mi Texto a conciencia con el tiempo suficiente: | SI | NO |
| 2 | Fui creativo en la elaboración de mi texto: | SI | NO |
| 3 | Incluí las estadísticas mensuales correspondientes a las tareas que yo realicé en el servicio de cirugía: | SI | NO |
| 4 | Incluí al inicio los objetivos de mi texto: | SI | NO |
| 5 | Realicé una introducción somera a mi texto: | SI | NO |
| 6 | Incluí la elaboración del mi caso clínicos en mi texto: | SI | NO |
| 7 | El caso clínico fuer preparado en Power Point: | SI | NO |
| 8 | Incluí las investigaciones personales producto de las dudas generadas en las clases | SI | NO |
| 9 | Incluí la presentación que hice sobre la Lectura de Revista: | SI | NO |
| 10 | Incluí mis experiencias personales, como vivencias durante la práctica: | SI | NO |
| 11 | Incluí material adicional en mi texto, que me provocó reflexión: | SI | NO |
| 12 | Incluí melodías o canciones que tuvieran algún significado personal: | SI | NO |
| 13 | Incluí videos de procedimientos médicos o quirúrgicos: | SI | NO |
| 14 | Incluí otro tipo de videos que tenían algún significado personal: | SI | NO |
| 15 | ¿Cuáles fueron mis principales debilidades al realizar mi Texto Paralelo? | SI | NO |
| 16 | ¿Cuáles fueron mis principales fortalezas al efectuar mi Texto Paralelo? | SI | NO |
| 17 | ¿Cuáles fueron las principales oportunidades de aprendizaje que me brindó realizar mi Texto paralelo? | SI | NO |
| 18 | ¿Cuál es la experiencia más agradable que se lleva de la | SI | NO |

	actividades docentes que compartimos por las tardes?		
19	¿Cuál fue la experiencia de mayor reflexión que adquirió, reflexionó profundamente y que compartimos por las tardes?	SI	NO
20	¿Hubo algún momento que te haya hecho sentir incomodidad, molestia o enojo durante nuestras actividades vespertinas?	SI	NO
21	Cumpliste con entregar tu Texto en el tiempo previsto:	SI	NO
22	Si respondiste afirmativamente a todos los ítems, definitivamente tu aprovechamiento del caso fue satisfactoria, de lo contrario tendrás que identificar cuáles fueron tus debilidades y fortalecerlas para tu próxima presentación. Te corresponderá ser justo, honesto y responsable para auto evaluarte, partiendo de tus respuestas previas y decidir si tu trabajo fue mediocre, excelente, satisfactorio o insatisfactorio.	SI	NO

ANEXO VII

**DIARIO DE NOTAS DEL PROFESOR
JULIO CÉSAR MORALES LINARES**

LUGAR:

DÍA:

FECHA:

HORA:

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE FORMACIÓN DE PROFESORES DE ENSEÑANZA MEDIA -
EFPEM
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN CON ÉNFASIS EN MODELOS ALTERNATIVOS**

Propuesta de estrategias de aprendizaje para desarrollar la formación educativa en inteligencia emocional en los y las estudiantes de medicina: pregrado, postgrado y personal de enfermería, Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala.

JULIO CÉSAR MORALES LINARES

	<i>ÍNDICE</i>	<i>Página</i>
1.	Introducción	201
2.	Objetivo	201
3.	Competencias emocionales que se desean desarrollar	201
4.	Estrategias de Aprendizaje	202
5.	Participantes del proceso educativo	204
6.	Unidad ejecutora del proceso de evaluación	205
7.	Organismos encargados del proceso de intervención y gestión administrativa.	205
8.	Impacto Final	205
9.	Fundamentación teórica	205
	9.1 Mediación Pedagógica...Una educación alternativa	205
	9.2 La Medicina Basada en Evidencias MBE	208
	9.3 El Aprendizaje Significativo	208
	9.4 El Enfoque Mecanicista de la Medicina	29
	9.5 La Relación Médico – Paciente	210
	9.6 Caos, Complejidad y Cirugía	210
	9.7 El Profesionalismo Médico	211
	9.8 El Inter-aprendizaje y el aprendizaje colaborativo	212
	9.9 Auto evaluación	213

1. INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de fortalecer el aprendizaje de los y las estudiantes de medicina de pregrado, postgrado y estudiantes de enfermería, ya que carecen de las competencias fundamentales para tener una excelente relación médico – paciente – enfermera- familia, así como de las habilidades de comunicación, es importante proponer de una forma conveniente alternativas de aprendizaje que permitan a los discentes desarrollar competencias fundamentales para beneficio de la atención de los enfermos en los hospitales.

2. OBJETIVO

Presentar una propuesta con estrategias de aprendizaje para desarrollar en los y las estudiantes de medicina de pregrado, postgrado, así como en personal de enfermería, la formación en competencias sobre inteligencia emocional. Esta propuesta se entregará al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt, A la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, a la Escuela de Postgrado de dicha Facultad, a la Unidad de Salud Mental y Jefatura de Cirugía del Hospital Roosevelt.

3. COMPETENCIAS EMOCIONALES QUE SE DESEAN DESARROLLAR:

- **Autoconciencia:** implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones; incluyendo la conciencia emocional, la correcta autovaloración y la autoconfianza.
- **Autorregulación:** maneja los propios estados de ánimo, impulsos y recursos; incluyendo el autocontrol, la confiabilidad, la conciencia, la adaptabilidad y la innovación.
- **Motivación:** **tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de** las metas establecidas; incluyendo el impulso de logro, el compromiso, la iniciativa y el optimismo.
- **Empatía:** tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros; incluyendo la comprensión de los otros,

- desarrollar a los otros, el servicio de orientación, potenciar la diversidad, la conciencia política.
- **Destrezas sociales:** inducir respuestas deseadas en los otros; incluyendo la influencia, la comunicación, el manejo de los conflictos, el liderazgo, ser catalizador del cambio, constructor de lazos, manejo de la colaboración y cooperación, conociendo las capacidades de equipo.

4. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

- **Aprendizaje basado en el paciente:** Permite al estudiante interactuar directamente con el (la) enfermo (a), mediante comunicación verbal y no verbal, en donde fluye el interés por el otro como autentico otro, valorándose cada aspecto que el paciente mencione acerca de su enfermedad.
- **Clase Rompecabezas:** Permite hacer un meticuloso y concienzudo análisis con aspectos reflexivos acerca de la pertinencia o no de signos, síntomas, historia de la enfermedad, antecedentes, elementos del examen físico, impresiones clínicas, diagnósticos, pruebas de gabinete, imágenes diagnósticas, records operatorios y notas de evolución así como informes de exámenes histopatológicos, cotejados con el entorno y contexto del enfermo.
- **Role Playing:** Los simulacros de actividades de aprendizaje permiten ocupar diversos roles dentro de la interrelación médico – paciente - familia - enfermera, logrando generar sentimientos encontrados, además de tomar conciencia del papel que se desarrolla como profesional de la salud.
- **Desarrollo de experiencias cumbre:** Mediante las sesiones de discusión en las cuales se reflexiona acerca del proceso mórbido de los (las) pacientes permite generar momentos de autoconciencia acerca del quehacer como estudiante y/o profesional de la salud, llevando a un momento de intensa y profunda reflexión acerca del auto-aprendizaje permitiendo que se expresen sentimientos y valores relacionados con la ética, moral, humanidad y solidaridad.

- **Aprendizaje por Descubrimiento:** A través del trabajo diario mediante la toma de conciencia de lo que hace, descubre y re-descubre con el aprendizaje, del cual no se había percatado porque realiza una gran cantidad de tareas que no le permiten pensar sino que lo automatizan, teniendo que desarrollar un trabajo repetitivo y continuo sin ningún significado para su vida. Todo se vuelve costumbre, y cuando la experiencia o vivencia real lo mueve y conmueve entonces percibe y hace suyo el aprendizaje.
- **Aprendizaje Significativo:** Al desarrollar meticulosamente el caso clínico del enfermo (a) mediante la construcción de mapas mentales y conceptuales se permite comprender de forma lógica y secuencial las vivencias y experiencias de los enfermos; siente y vive lo que hace, lo comprende encontrando un significado real para la vida como persona y entonces aprende de forma diferente.
- **Texto Paralelo o Portafolio:** Documento que se genera producto de la investigación del estudiante en donde cuestiona, reflexiona y evidencia la síntesis de aprendizaje, que le servirá para el futuro con los pacientes para apoyarlos en sus dolencias. Recopila secuencialmente todas las actividades de aprendizaje, vivencias y experiencias. Los documentos pueden estar en formato electrónico, PDF e incluir música, videos y frases motivacionales.
- **Aprendizaje Colaborativo:** Los estudiantes aprenden dentro del grupo generando ideas presentándolas al interior del mismo, creando espacios lúdicos para un interaprendizaje, entre aprendizaje e intro-aprendizaje. Se expresan sentimientos y emociones que llevan al grupo a reflexionar sobre las distintas ideas que prevalecen a lo interno del mismo, evidenciando la importancia del respeto, tolerancia y aprecio por el otro como autentico otro. Las discusiones enriquecen el proceso de aprendizaje.
- **Mediación Pedagógica:** Proceso a través del cual se entretajan las distintas formas de aprender a aprender con los contenidos teóricos, la

- práctica clínica y la forma, a través de la cual se permite que los discentes puedan aprender y aprehender, apropiándose del entorno, los materiales y del contexto, para hacer sentir el aprendizaje. Se pueden utilizar ejercicios de entrada, de desarrollo y de salida.
- **Medicina Basada en Evidencias:** En cada momento de aprendizaje se brinda la oportunidad de integrar la experiencia profesional de una persona o equipo con la mejor evidencia externa disponible para beneficiar al paciente porque identifica problemas, convierte los datos en preguntas contestables, determina el tipo de estudios que mejor contesten las preguntas, busca la mejor evidencia posible para responder, evalúa críticamente la evidencia disponible, aplicando el conocimiento a la situación problema y evalúa las decisiones tomadas.
- **Autoevaluación:** Permite obtener del estudiante la percepción del aprendizaje partiendo del reconocimiento propio de las fortalezas, debilidades y oportunidades reales partiendo del paciente mismo como un ser humano que vive y siente la enfermedad.
- **Bitácora:** Documento expreso que recopila en forma detallada y específica todas las actividades y procedimientos realizados con los (las) enfermos (as) durante un periodo de tiempo específico. Puede incluir un tempograma.

5. PARTICIPANTES DEL PROCESO EDUCATIVO

- Estudiantes de medicina de pregrado cirugía
- Estudiantes de medicina de postgrado cirugía
- Estudiantes de enfermería
- Profesores de medicina y cirugía
- Profesores de pregrado y postgrado
- Profesores de enfermeras
- Coordinadores de programas

6. UNIDAD EJECUTORA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN: OPCA

- Aplicación de la Escala de Evaluación del Instrumento sobre Inteligencia emocional TMMS-24
- Aplicación del Instrumento: Cuestionario de Incidentes Críticos CIC.
- Análisis de los resultados

7. ORGANISMOS ENCARGADOS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA:

- Junta Directiva de Facultades de Medicina
- Departamento de Docencia e Investigación Hospital Roosevelt
- Jefaturas del Departamento de Cirugía Hospital Roosevelt
- Jefatura del Departamento de Enfermería Hospital Roosevelt.
- Director de la Escuela de postgrado Medicina USAC.

8. IMPACTO FINAL:

- Generación de cambios internos
- Generación de cambios externos
- Implementación de los cambios propuestos a todo nivel
- Evaluación del impacto de los resultados

9. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

9.1 Mediación Pedagógica.... Una educación alternativa:

Gutiérrez y Prieto (1996:50), dijeron que cuando se está en proceso de construirse, es necesario sentir lo alternativo de la vida cotidiana, considerando las posibilidades de educarse para la incertidumbre (interrogando en forma permanente a la realidad de cada día, para localizar, reconocer, procesos y utilizar información, resolver problemas para reconocer la certidumbre, desmitificarla y re-significarla; para crear, recrear, y utilizar recurso).

Educarse para gozar de la vida (regenerar entusiasmo en todas las actividades, ejercicio, prácticas, ambientes, relaciones, resultados, progresos, incluso de los errores; sentir y hacer sentir, participar entregando lo mejor de sí y recibiendo lo mejor de los otros; para aprender a gozar).

Educarse para la significación (para dar sentido a lo que se hace, incorporar el sentido al sentido de la cultura y del mundo, compartir y dar sentido, comprender el sin-sentido de ciertas propuestas educativas, políticas y culturales; relacionar y contextualizar experiencias, así como discursos; impregnar de sentido las diversas prácticas y la vida cotidiana).

Educarse para la expresión (para expresarse, exteriorizar, sacar fuera de lo que se tiene adentro, comunicar, manifestar y hacer público; para dominar el tema y la materia discursiva con claridad, coherencia, seguridad, riqueza y belleza; para conquistarse a sí mismo).

Educarse para convivir (para compartir, para aprender de los demás, para ser co-responsable de los que se constituye en grupo, para interactuar, ser solidario, cooperar, participar colectivamente, para socializar, sentir efecto, intercambiar experiencias, inter-aprender y entre-aprender, para crear).

Educarse para apropiarse de la historia y de la cultura (para construir conocimientos, intercambiar experiencias y crear formas nuevas; para ser protagonista y los cambios y confirmaciones basadas en la historia, para “hacer” historia ejercitándose en las virtudes activas como la creatividad, el riesgo, la crítica, la imaginación y la intuición, generando una cultura, para inventar, plantear alternativas, aplicar, practicar la alegría de construir y de imaginar).

Aragón (2011) agrega: educarse para la transformar la realidad, transformar es innovar, innovar no es solo académico...supone aprender a ser observador del contexto para ubicar situaciones que necesiten evaluación para mejorar o renovar, en este punto, se aprende a determinar la circunstancia que nos limita o libera para contribuir con el plano exterior-colectivo desde lo interior-colectivo.

Educarse para “*ser más*”. Cuando se ha aprendido a ser observador, simultáneamente se aprende a observarse a sí mismo y, la transformación o innovación mencionada anteriormente, comienza a tomar vida en nuestro contexto interior-individual invitándonos a buscar la trascendencia propia del espíritu interior que abrigamos, con ello, se logra desarrollar el plano exterior-individual permitiéndonos ser más congruentes desde nuestro interior hasta nuestro exterior.

Educarse para “*servir*”. La mayor expresión del amor es desprenderse para servir a otro – sin importar su naturaleza, sin ver diferencias sino para darnos con lo mejor que tenemos y podemos. Compartirnos experiencias, anécdotas, sueños, frustraciones, tristezas, etc., pero depende de la actitud con que asumimos la incertidumbre de saber que hay que servir sin ver... gozando porque es (significativo) servir, expresamos nuestro deseo de servir para convivir y apropiarnos “*del otro*” en su necesidad porque queremos colaborar en la construcción de esos puentes que permitan a otros “*ser*”... “*ser más*” compartir lo que sabemos y acompañarles... aceptar que no sabemos y hay alguien más que nos sirve u orienta, sobre todo que hay un ser supremo que siempre está con nosotros... el amigo incondicional que nos da el ejemplo para hacer más a través del servicio.

9.2 La Medicina Basada en Evidencias (MBE):

Sackett, D., et al, (1997) mencionan que la MBE es la utilización consciente, explícita, juiciosa, crítica, mas la previa evaluación de la mejor certeza científica, para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas; este concepto puede ser aplicado a los propios pacientes, ya que con la difusión de los conocimientos a través de múltiples sistemas automatizados un paciente o una comunidad está hoy en condiciones de obtener conocimientos científicos que los ayuden a tomar decisiones sobre aspectos de su propia salud. Si solo se tuviera en cuenta la experiencia profesional se perderían todos los avances que la ciencia nos ofrece cada día para mejorar la salud de las personas y de las comunidades, sin la experiencia profesional una excelente evidencia externa podría ser inaplicable, inapropiada para un paciente individual, o para grupos humanos de las distintas características culturales, socioeconómicas y/o epidemiológicas.

La MBE tiene relación con la medicina basada en problemas ya que lo que se busca es mejorar la certeza para resolver un problema, de un paciente individual, como de una comunidad o la administración de un servicio. Esta utilización puede ser realizada por múltiples agentes de salud; médicos, odontólogos, cirujanos, nutricionistas cuando atienden pacientes individuales.

9.3 El aprendizaje significativo:

Para Ausubel (1970 y 1976), aprender es sinónimo de comprender e implicar una visión del aprendizaje basado en los procesos internos del alumno y no solo en sus respuestas externas. La teoría del aprendizaje significativo pone de relieve el proceso de construcción de significados como elemento central de la enseñanza. Es una teoría psicológica porque se ocupa de los procesos mismos que el individuo pone en

juego para aprender pero, desde esa perspectiva pone el énfasis en lo que ocurre en el aula cuando los estudiantes aprenden en la naturaleza de ese aprendizaje; en las condiciones que se requiere para que éste se produzca; en sus resultados y, consecuentemente en su evaluación.

9.4 El enfoque mecanicista de la medicina:

Para Capra, F., (1982), la visión mecanicista de la vida también dominó a los médicos ante la salud y la enfermedad. De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico; tres siglos después de Descartes, la ciencia de la Medicina sigue basándose en el concepto del cuerpo como máquina, de la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina y de la tarea del médico como el reparador de ésta. Al concentrar los fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente y, al reducir la salud a una función mecánica, pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación. Quizá sea éste el más grave defecto del enfoque biomédico. A pesar de que todos los médicos en ejercicio saben que la curación es un aspecto esencial de toda la medicina, el fenómeno se considera fuera del esquema científico; el término “sanador/curandero” despierta sospechas, y en las facultades de medicina no se discuten los conceptos de salud y curación.

El público está cada vez más descontento con el actual sistema de atención médica, se ha percatado de que sus costos son exorbitantes y no ha mejorado de manera significativa la salud de las personas, además se queja de que los médicos se ocupan de las enfermedades pero no se interesa por los pacientes. Se ha puesto en relieve que hay que darse cuenta de que el problema más importante de la medicina es el por qué ocurre una enfermedad y no cómo se desarrolla ésta después de que ha ocurrido, en otras palabras, los conceptos médicos

debieran dar preferencia a los orígenes de la enfermedad por encima de la naturaleza del proceso patológico.

9.5 La Relación médico – paciente:

La relación médico – paciente vista desde el enfoque mecanicista está construida con base a un paradigma tradicional el cual consiste en una entrevista entre dos personas en donde una pregunta y la otra responde a preguntas directas o guiadas. Es así como a través de los siglos se ha manejado el interrogatorio clínico. El énfasis siempre está en interrogar al paciente (como la misma palabra lo dice), entonces el proceso de la entrevista deja de ser un momento para compartir el dolor y las angustias de los enfermos, máxime cuando existe mucho trabajo producto del incremento en el número de pacientes (Chile, 1999).

Si por múltiples circunstancias no se logra establecer la adecuada comunicación entre el enfermo y el médico, seguramente el paciente no compartirá a profundidad su sentir, el producto de esta entrevista será mínimo y por lo tanto la confianza en el médico será menor. De existir este problema, es un hecho que la comunicación con los familiares quienes están esperando, también con angustia la evolución de su familiar se verá dificultada porque al conversar el paciente con sus familiares se comentará tal situación. Esto es un ejemplo de cómo puede influir positiva o negativamente una comunicación entre dos personas (Chile, 1999).

9.6 Caos, complejidad y cirugía:

Según Patiño, J. (2005), la medicina es un arte y una ciencia, una actividad intelectual, un sistema teórico con bases en las ciencias exactas, físicas y naturales, Pero, según William Osler, *“la buena medicina clínica siempre sabe unir el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad”*. La cirugía es la más completa de las

actividades médicas, y la incertidumbre, la probabilidad, lo impredecible son fenómenos especialmente acentuados en la práctica de la cirugía.

Para Brigs, J. & Peat, D., (1999) la condición de cualquier vida es la incertidumbre y la contingencia. Soñamos con la posibilidad de eliminar la incertidumbre mediante el control de la naturaleza, controlando los procesos vitales por medio de la tecnología, pero la teoría del caos nos enseña que esto es imposible. Los sistemas caóticos están más allá de nuestra capacidad de predecirlos, manipularlos o controlarlos, y que en vez de resistir las incertidumbres de la vida, más bien hay que aceptarlas, adaptándose a ellas.

La medicina en general, y la cirugía en particular, *“con su campo de actividad que es distinguido y distinguible como ciencia, arte y praxis”*, se fundamenta en una serie de conceptos que determina tanto su carácter, - es decir, su método y práctica- como su ethos, ética e ideología. Su objeto es el organismo humano, ese maravilloso sistema de muy alta complejidad, al cual atiende en un contexto de materialismo cientificista y de sobrecogedora capacidad tecnológica, pero, al mismo tiempo, de imposibilidad de predicción en cuanto a su comportamiento más allá de un ámbito de probabilidad estadística, (Patiño, J.)

9.7 El profesionalismo médico:

- Russell, T. (2006), respondiendo a la necesidad de una fuerte declaración de los principios de la ética del profesionalismo, *el AMA Council on Ethical and Judicial Affairs* (1980) establecieron siete principios básicos donde el médico deberá:
- Proveer un servicio competente con compasión y respeto por la dignidad humana.

- Ser honesto con los pacientes y colegas, esforzándose por exponer las deficiencias en carácter o competencia de los colegas que se comprometan en fraude o decepción.
- Respetar la ley y también reconocer la responsabilidad de buscar cambios en algunas situaciones que son contrarias a los mejores intereses de los pacientes.
- Respetar los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud debiendo guardar las confidencias de éstos dentro de los límites legales.
- Continuar sus estudios, aplicando y avanzando en los conocimientos científicos, haciendo de la información disponible para pacientes, colegas y público, obteniendo consultas y usando el talento de otros expertos en salud cuando sea indicado.
- Proveer un cuidado adecuado al paciente, excepto en emergencias, tener la libertad de escoger quien lo atienda, con quien se quiera asociar y el ambiente en el cual le provean los servicios médicos.
- Reconocer la responsabilidad de participar en actividades contribuyendo en mejorar la salud de la comunidad.

9.8 El inter-aprendizaje y el aprendizaje colaborativo:

Juárez, E. (s/f) menciona que es una estrategia donde se construye con “*los otros*”. La calidad, cantidad y naturaleza de las preguntas varían dependiendo de la situación u objeto a evaluar. Forma parte el proceso formativo porque se facilita el desarrollo y la realización personal porque:

- Se observa el progreso del educando en el dominio de determinados procesos.
- Se evalúa en forma integral teniendo en cuenta el crecimiento de la persona como tal.
- Se evalúa la calidad y profundidad en el dominio de los procesos así como la capacidad de aplicarlos.

- Permite estimar los avances en el aprendizaje planificando nuevas situaciones.
- Reflexiona sobre lo que se aprendió.
- Se da en un ambiente de libertad para pensar, expresarse, intercambiar experiencias, hacer propuestas.
- Favorece condiciones para que los alumnos se responsabilicen de la asignación de sus calificaciones, aunque esto es lo menos importante.
- Las ventajas de este tipo de aprendizaje son:
- Crear espacios para explicitar las estrategias auto-reguladoras de cada participante.
- Ayuda a refinar y concretar la argumentación propia y ajena.
- La crítica mutua aclara ideas, brinda soluciones al problema, afianza el respeto por la opinión ajena.
- Se agudiza el análisis ideológico del discurso ajeno y propio.
- La cooperación para el fortalecimiento del grupo reemplaza la competencia individualista del equipo.
- Se flexibiliza el pensamiento y se supera el dogmatismo en la discusión.
- Se combinan aportes desde las fortalezas de cada uno.
- Se promueve a pensar de forma permanente.

9.9 Autoevaluación:

Para Grajeda, G., (1996) es una actividad formativa porque sirve para aprender de una manera diferente, es una experiencia de vida porque forma, es alternativa ya que no cae en los rigurosos procesos tradicionales que fragmentan al ser humano, es estudiante se da cuenta de la importancia que tiene la libertad y la responsabilidad con la que deberá manejarse durante el proceso educativo. Además es un proceso de vida, más cuando entran en juego la práctica de los valores, es un aprendizaje significativo, permitiendo conocer los progresos y las

limitaciones del aprendizaje, por lo que también se vuelve un proceso permanente de aprendizaje.

Es una condición básica en un modelo centrado en procesos y centrado en el estudiante. La institución encargada del proceso llevará un registro del avance de los estudiantes, que de alguna manera será mensurable y la clave estará en la co-responsabilidad por la forma en que los estudiantes hacen suyo el aprendizaje. Se considera la autoevaluación una forma de evaluación para lo que es necesario tener la amplitud suficiente para aceptar que se está trabajando con seres humanos con la madurez suficiente para auto evaluarse.

Los estudiantes que logran identificar los motivos o propósitos del aprendizaje son los que logran mejorar, controlar y evaluar su actividad de aprendizaje por auto conocimiento y motivación respecto a la tarea. El (la) estudiante eficiente es quien se auto evalúa en su actividad de auto aprendizaje. El estudiante auto regulado lo que aprende es a auto evaluarse de manera permanente, a asumir la responsabilidad de calidad y eficiencia de su aprendizaje; aprender de forma eficiente es sinónimo de auto evaluación.