

RECIBIDO EL 15 DE ABRIL DE 2024- ACEPTADO EL 19 DE JULIO DE 2024

PROGRAMA DE EDUCACIÓN
EMOCIONAL PARA EL FOMENTO DE
COMPETENCIAS EMOCIONALES EN EL
PERSONAL DE SALUD:
UNA APLICACIÓN PRÁCTICA EN
AMBIENTES HOSPITALARIOS
EDUCATIONAL PROGRAM
EMOTIONAL FOR PROMOTING
EMOTIONAL COMPETENCES IN
HEALTH STAFF:
A PRACTICAL APPLICATION IN
HOSPITAL ENVIRONMENTS

1 8 9

Jeraldine Gabriela Bustos Lucero¹

Johana Madelyn Matabanchoy Salazar²

Claudia Fernanda Bastidas Jurado³

Diego Fernando Muñoz Muñoz⁴

Lina María Lopez Barreto⁵

Mayra Fernanda Ordoñez⁶

Universidad de Nariño, Colombia.

1 Estudiante investigadora, Universidad de Nariño, Colombia Orcid:<https://orcid.org/0009-0009-9862-9133/jeralbustosga2305@gmail.com>

2 Docente investigadora, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3831-7252> udenarmade7@udenar.edu.co

3 Docente investigadora, Universidad de Nariño, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4131-0174> claudiabastidas@udenar.edu.co

4 Docente, Universidad de Nariño, Colombia. Miembro del grupo de Investigación Psicología y Salud, Universidad de Nariño. ORCID: orcid.org/0000-0003-2375-4019 Correo: dife@udenar.edu.co

5 Gestora investigación docencia, Hospital Infantil Los Angeles (HILA)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-97008-392> eduhila@hinfantil.org

6 Supervisora Institucional, Hospital Infantil Los Angeles (HILA) mayrafer_87@hotmail.com

Resumen

El entorno hospitalario se caracteriza por altos niveles de estrés y demandas laborales intensas, junto con la exposición constante a situaciones emocionalmente exigentes como enfermedades graves y la muerte de pacientes. Sin embargo, pese a las implicaciones de las demandas emocionales como factor de riesgo psicosocial para el personal de salud, en la literatura revisada no son populares las intervenciones en educación emocional dirigidas a dicho personal. En este artículo se propone un programa de educación emocional (PEE) para la atención de demandas emocionales del personal de salud del área asistencial de un hospital pediátrico de alta complejidad. El PEE propuesto tiene su base en la teoría de competencias emocionales y de *mindfulness*, y metodológicamente utiliza un diseño cuasi experimental con medidas *pretest* y *posttest*. Como resultado, se encontró que el programa tuvo un impacto positivo en las competencias emocionales de los participantes, específicamente en la competencia referida a conciencia emocional. Este estudio confirma la importancia de la conciencia emocional como base para el desarrollo de competencias emocionales, mientras que allana el camino para la generación de programas de educación emocional en el sector de la salud.

Palabras clave: Educación emocional, personal de salud, competencias emocionales, *mindfulness*, factores de riesgo psicosocial.

Abstract

The hospital environment is characterized by high levels of stress and intense work demands, along with constant exposure to emotionally demanding situations such as serious illnesses and patient deaths. However, despite the implications of emotional demands as a psychosocial risk factor for healthcare personnel, emotional education interventions aimed at this staff are not popular

in the reviewed literature. This article proposes an emotional education program (EEP) to address the emotional demands of healthcare personnel in the care area of a high-complexity pediatric hospital. The proposed EEP is based on the theory of emotional competencies and *mindfulness*, and methodologically uses a quasi-experimental design with pretest and posttest measures. As a result, it was found that the program had a positive impact on the emotional competencies of the participants, specifically in the competency related to emotional awareness. This study confirms the importance of emotional awareness as the basis for the development of emotional competencies, while paving the way for the generation of emotional education programs in the healthcare sector.

Keywords: Emotional education, healthcare personnel, emotional competencies, psychosocial risk factors.

1. Introducción

En el contexto actual de la prestación de servicios de salud, el personal se enfrenta a diferentes factores de riesgo psicosocial (FRP) que afectan su bienestar psicológico y su capacidad para brindar atención de calidad a los pacientes (Bültmann, et al., 2002). Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los FRP incluyen las interacciones con el entorno laboral, el nivel de satisfacción en el trabajo y las condiciones organizacionales, así como las competencias, necesidades, cultura y contexto personal fuera del trabajo. Estos factores pueden afectar la salud física y mental, así como el desempeño y la satisfacción laboral (Comité Mixto Organización Internacional del trabajo (O.I.T.) y Organización Mundial de la Salud (O.M.S), 1984, p.12)

El entorno hospitalario se caracteriza por altos niveles de estrés y demandas laborales intensas, junto con la exposición constante a situaciones emocionalmente exigentes como enfermedades graves y la muerte de pacientes

(Torres-Muñoz, et al., 2020). Por lo tanto, entre sus FRP, las demandas emocionales son uno de los factores más significativos (Johannessen, et al., 2013). A diario los trabajadores enfrentan el sufrimiento de los pacientes, la atención a pacientes con enfermedades terminales o de difícil tratamiento y la necesidad de satisfacer las demandas de los cuidadores y de la institución. Esto puede llevar a los trabajadores a ocultar sus emociones, resultando en una gestión emocional inadecuada (Vásquez, et al., 2019; Padilla et al., 2019; Ansoleaga y Toro, 2014)

Estudios epidemiológicos a nivel mundial han documentado la prevalencia de problemas de salud mental en personal de salud. Estos incluyen síntomas de ansiedad, depresión y agotamiento relacionados con las altas exigencias emocionales de su entorno y la necesidad de mostrar expresiones de compromiso, apoyo y cuidado, no solo físico sino también de las emociones y bienestar psicológico de sus pacientes. Lo anterior sugiere que el personal de salud es una de las poblaciones más vulnerables y con mayor tendencia a presentar problemas psicológicos relacionados con la exposición a FRP (Han, et al., 2018; Elshaer, et al., 2018; Wu, et al., 2018)

En Latinoamérica se reportan estudios que indican que el personal de salud tiene bajos niveles de salud mental y vitalidad, y altos niveles de estrés y exigencias psicológicas emocionales (Castro Méndez, 2018). Se destaca también la prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y alteraciones emocionales. Además, el personal que trabaja en el sector público presenta mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos, especialmente jóvenes y mujeres (Sánchez-De la Cruz, et al., 2021; Caldichoury, et al., 2023)

Pese a las implicaciones de las demandas emocionales como FRP para el personal de salud, la literatura encontrada se centra en intervenciones dirigidas a otros tipos de población, como niños y adolescentes en

contextos académicos, docentes, pacientes y cuidadores (Cabello, et al., 2019) (Durlak, et al., 2011) (Mónaco, et al., 2017) (Calle y Serna, 2007). Sus resultados incluyen el desarrollo de competencias emocionales, la mejora en las relaciones sociales, rendimiento académico, aumento de empatía y satisfacción con la vida (Riascos y Nasner, 2017; Gómez, et al., 2018; Merchán, et al., 2014; Cabello, et al., 2019; García Navarro, 2017).

Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre educación emocional son descriptivos o correlacionales y falta información sobre la implementación de programas de educación emocional (PEE). Sin embargo, existen estudios que nos acercan al abordaje de las competencias emocionales desde la Gestión del Talento Humano. Por ejemplo, Peña y Dávila (2017) destacaron la importancia de las competencias emocionales para el éxito laboral del personal de salud. Aranguren y Lozano (2019) encontraron una relación significativa entre inteligencia emocional y clima organizacional. Otros estudios evidencian la necesidad de implementar programas y modelos que incluyan componentes de educación emocional para profesionales de la salud (Pérez-González, et al., 2020).

La información recolectada permite reflexionar sobre la importancia de integrar estrategias de educación emocional en las políticas de seguridad y salud en el trabajo del ámbito de la salud. Lo anterior implica realizar intervenciones desde la psicología organizacional y la salud y seguridad en el trabajo para lograr un adecuado proceso de capacitación, formación y desarrollo en el marco de la Gestión del Talento Humano. Esto es posible reconociendo que las demandas emocionales se erigen como un FRP significativo, cuyas implicaciones trascienden lo individual para impactar la salud pública en su totalidad.



Es así como el PEE del presente estudio nace como respuesta a las demandas emocionales de los profesionales de la salud de un hospital pediátrico de alta complejidad encontradas tras la realización de un proceso íntegro de detección de necesidades. Dicho proceso cuenta con: i) un análisis de resultados de la aplicación de la Batería de Riesgo Psicosocial, utilizada para medir diferentes aspectos del ambiente laboral que pueden afectar la salud mental y emocional de los trabajadores, entre ellos, las demandas emocionales (Ministerio de la protección social, 2010) y ii) una serie de entrevistas semiestructuradas a los diferentes actores clave como subgerentes y coordinadoras de las áreas del Hospital.

En este proceso, las principales demandas emocionales encontradas en el área asistencial fueron las relacionadas con la muerte, duelo, angustia, frustración y miedo, derivadas con el sufrimiento y enfermedad de los pacientes, y la carga emocional de familiares y acudientes. También se evidencia que enfrentarse día a día a tales dinámicas desencadena agotamiento, irritabilidad, problemas de comunicación e incluso errores del personal al ejercer su labor.

Bajo este contexto, se propone el PEE “Tedi te escucha y te comprende”, el cual obtiene su nombre tomando en cuenta al personaje representativo del Hospital como elemento central de la cultura del institucional. Esta propuesta se distingue por su enfoque innovador y su relevancia práctica en la salud ocupacional y el bienestar del personal de salud. A través de su implementación se pretende llenar un vacío en la atención al personal sanitario, equipándolos con habilidades y estrategias concretas para gestionar las demandas emocionales asociadas con su trabajo. El PEE, desde su construcción teórica se formula entendiendo la educación emocional como un proceso continuo de enseñanza, aprendizaje y mejora de diferentes competencias y habilidades susceptibles de

ser entrenadas. Su formulación parte de dos modelos teóricos cuya articulación pretende generar herramientas pragmáticas, útiles y eficaces para la intervención.

La primera es el modelo de Bisquerra y Pérez (2007) de Competencias emocionales (CE). Las CE se definen como un “conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra y Pérez, 2007, p. 8). En conjunto se entienden como una herramienta para que las personas se adapten favorablemente a su contexto, teniendo mejores estrategias de afrontamiento ante diferentes situaciones y experiencias emocionales adversas que se les puedan presentar. Además, la educación emocional desde Bisquerra, Alzina, (2003) responde a necesidades sociales no atendidas en la formación académica tradicional de forma educativa e innovadora. Esta está basada en teorías de la emoción, inteligencia emocional, educación psicológica, movimientos de renovación pedagógica, educación para la salud, y neurociencias enfocadas a mejorar el bienestar personal y social de las personas, mediante el desarrollo de competencias emocionales.

La educación emocional es concebida como un proceso educativo continuo y permanente que abarca el ciclo vital y también ayuda a prevenir diferentes problemas psicológicos como el estrés, la depresión, la ansiedad o la violencia. Por ello, la aplicación de PEE para Bisquerra, Alzina, (2003) puede considerarse una forma de prevención primaria, pues promueve la adquisición de competencias emocionales que pueden aplicarse en situaciones diversas, para minimizar la vulnerabilidad a problemas psicológicos o FRP y prevenir su ocurrencia.

La clasificación de las CE que realizan los autores con su modelo pentagonal da estructura a la propuesta de este programa. Tal clasificación

obedece a las siguientes categorías: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, capacidad de la persona de mantener buenas relaciones con los demás y competencias para la vida y el bienestar de la persona (Bisquerra y Pérez, 2007).

Lo anterior se articula con la segunda base teórica del programa formulado: el Programa de Inteligencia Emocional Plena de Ramos, et al. (2012), el cuál se elaboró teniendo como eje transversal y herramienta principal la atención plena *mindfulness*. Esta resalta la importancia de la vivencia emocional experimentada tal como se presenta, incluso las emociones que puedan resultar aversivas o dolorosas. Su práctica constante permite que las personas encuentren en el *mindfulness* una herramienta efectiva de regulación emocional. (Ramos, et al., 2012).

En este sentido, se proponen ciertas habilidades o actitudes consideradas importantes para realizar prácticas relacionadas con *mindfulness*. Entre ellas: la aceptación incondicional de la emoción, la ausencia de juicios de valor, apertura a la experiencia y soltar, ceder o dejar ir. Esto, teniendo en cuenta que desde la teoría de *Mindfulness* la incapacidad para permanecer en el aquí y el ahora se debe a las emociones perturbadoras que desencadenan un exceso de actividad cognitiva. Las experiencias emocionales aversivas conllevan al sufrimiento de la persona, donde las conductas habituales que realizan los sujetos se basan en evitar o implicarse excesivamente en las emociones. La práctica constante del *Mindfulness* permite que la persona deje de vincularse con la emoción de una forma reactiva y con juicios de valor, y, en cambio, se relacione desde la aceptación de la vivencia emocional, contemplándola y dejándola ir (Bishop, et al., 2004).

Ramos, et al. (2012) categorizan cuatro ejes en los que la práctica de atención plena permite el desarrollo de habilidades emocionales, estos son: atención, comprensión

y facilitación emocional. Estos ejes dan lugar a la identificación de la relación entre emoción, pensamiento y respuesta conductual, para que las personas sean conscientes de cómo influyen en el comportamiento y toma de decisiones.

Teniendo en cuenta el anterior marco teórico, base de la metodología propuesta y resaltando la importancia de dar a conocer a la comunidad científica este tipo de intervenciones, el objetivo del presente artículo es mostrar los resultados del programa de educación emocional encaminado a fomentar la adquisición de competencias emocionales en personal de la salud perteneciente a áreas de Hospitalización crítica y no crítica de un Hospital pediátrico de alta complejidad en Nariño.

3. Metodología

La presente investigación se realiza desde el enfoque empírico analítico de tipo cuasi experimental, con diseño de grupo experimental con medidas *pretest* y *posttest*. (Hernández, et al., 2010)

Se trabajó con 35 participantes, con edades entre los 35 y 53 años, pertenecientes a las áreas de hospitalización crítica y hospitalización no crítica, contando con 33 mujeres y 2 hombres. Para los criterios de inclusión se tuvo en cuenta personas mayores de edad, cuya participación fuera voluntaria, que sean trabajadores de tiempo completo pertenecientes a las áreas de hospitalización crítica o no crítica. En cuanto a los criterios de exclusión para el presente estudio no se incluyeron a las personas que no completaron las 4 fases del programa de intervención, ni personas que no llenaron consentimiento informado e instrumentos de medida *pretest* y *post test*.

Instrumentos de medición

Se trabajó con el Inventario de Competencias

Emocionales para Adultos (ICEA), construido y validado por López et al., (2022), basado en el modelo pentagonal de Bisquerra y Pérez (2007). El ICEA tiene 23 ítems de 5 dimensiones: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencias sociales y competencias para la vida y el bienestar.

Procedimiento

Después de realizar el proceso de contextualización, detección de necesidades, formulación del programa, expectativa y sensibilización el desarrollo del PEE Tedi te escucha y te comprende se organiza de forma general en 4 fases, cada una orientada a trabajar

un objetivo en específico a través de una sesión por fase y siendo repetida a lo largo de una semana para poder abarcar con la población establecida. Lo anterior considerando los horarios y roles del personal de salud, tomando así el desarrollo total 4 semanas.

En la Figura 1 se presenta el nombre del programa, objetivo general, el número de fase, su título y las respectivas competencias a trabajar. Se destaca que la aplicación del consentimiento informado y el pretest se realizaron en la primera fase, mientras que el posttest se realizó en la última fase. Los ejes temáticos y las actividades desarrolladas en cada fase pueden encontrarse en anexos.



Figura 1: Esquema de fases del programa de educación emocional *Tedi te escucha y te comprende*.

Elementos éticos

Para esta investigación se consideraron los lineamientos de la Ley 1090 del 2006. La investigación se aborda desde el respeto a la dignidad humana, y cumple con la confidencialidad de los datos obtenidos, donde se reservará la información e identidad de los participantes según los artículos 2, 10, 15 y 50 de la Ley 1090 (Congreso de Colombia, 2006), y se cumplirá con el consentimiento informado. Los instrumentos con los que se recolecta información, supervisión y manejo de datos será desarrollado con el debido acompañamiento del docente. Así mismo, se sigue lo estipulado según la Resolución 8430 (1993), para esta investigación como establece el artículo 5 prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar (Ley

1090 2006). Además, para su realización se cuenta con el aval de actores clave del Hospital Infantil quienes son: la gestora investigación docencia y la supervisora Institucional.

4. Resultados

De manera preliminar, se identificó la normalidad en la distribución de las puntuaciones obtenidas en cada componente del programa, para lo cual se realizó la prueba de Shapiro-Wilk. Esta prueba se adelantó tanto para las medidas *pretest* como *posttest*, teniendo en cuenta el vector de diferencias entre ellas. Se identificó que no existe evidencia estadística que permita suponer que los componentes de competencias sociales y competencias para la vida se distribuyen de manera normal (ver Tabla 1).

Tabla 1: Prueba de Shapiro Wilk, resultado de los componentes *pretest* (pre) y *posttest* (pos).

Peueba de normalidad (Shapiro-Wilk)					
			W	p	
Conciencia pre	-		Conciencia post	0.974	0.572
Regulación pre	-		Regulación post	0.982	0.828
Autonomía pre	-		Autonomía post	0.967	0.370
Competencia social pre	-		Competencia social post	0.921	0.015
Competencia vital pre	-		Competencia vital post	0.896	0.003
Total pre	-		Total, post	0.952	0.135

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación de la normalidad. P: valor P

En virtud de tal consideración, se realizaron pruebas de hipótesis para muestras pareadas, que se presentan a continuación.

Prueba de hipótesis – Escala total

Para la escala total, se partió de la hipótesis de que el promedio de las puntuaciones de

la medición *posttest* serían mayores que la medición *pretest* ($H_1: X_1 < X_2$). Los resultados de la prueba *T de Student* para muestras pareadas se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2: Comparación entre puntuación total pretest (pre) y posttest (pos).

Medida 1	Medida 2	t	gl	p	d de Cohen	ES d de Cohen
Total, pre	Total, post	-1.815	34	0.039	-0.307	0.197

Nota. Para todas las pruebas La hipótesis alterna específica que el TOTAL es menor que el TOTAL_63.

Nota. Prueba T de Student. P: valor p; gl: grados de libertad, t: estadístico de prueba; ES: error estándar.

Puesto que el valor P obtenido es menor al valor de significancia establecido, existen evidencias para rechazar hipótesis nula, por lo cual se concluye que el promedio del *posttest* fue mayor al del *pretest*. De tal modo, los datos sugieren

un efecto favorable del programa adelantado sobre las competencias emocionales de los participantes. El valor del estadístico D de Cohen sugiere que este fue pequeño. Las estadísticas descriptivas se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos para variable total.

	N	Media	DE	EE	Coefficiente de variación
Total, pre	35	72.686	9.600	1.623	0.132
Total, post	35	76.114	10.017	1.693	0.132

DE: desviación estándar. EE: error estándar.

En la Figura 2 se presenta el gráfico de distribución de las puntuaciones pretest y posttest.

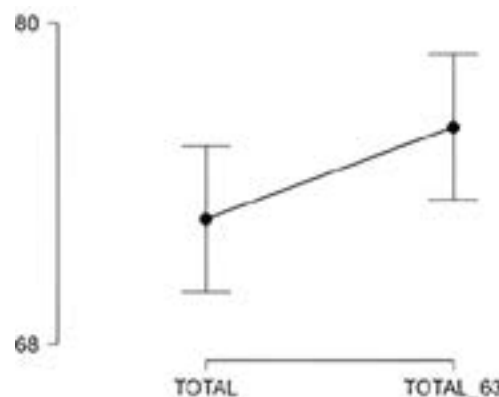


Figura 2: Gráfico de distribución de las puntuaciones *pretest* y *post test*. TOTAL, hace referencia a la medida *pretest*, mientras que TOTAL_63 es la medición *post test*.

Resultados por componentes

Inicialmente, se llevaron a cabo los análisis paramétricos de los componentes de conciencia, regulación y autonomía. Se identificó que solo existieron cambios estadísticamente significativos entre las mediciones pre y post del componente de conciencia emocional. Bajo tales datos, se puede decir que el desarrollo del programa tuvo una incidencia considerable

(*d* de Cohen medio) sobre el componente de conciencia emocional, a través de la influencia en las variaciones de las puntuaciones. Los demás componentes no mostraron cambios estadísticamente significativos, indicando que el proceso formativo a través del programa adelantado no impactó en dimensiones de regulación y autonomía, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4: Comparación entre puntuación pre y post dimensiones conciencia, regulación y autonomía.

Medida 1	Medida 2	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	ES <i>d</i> de Cohen
Conciencia pre	Conciencia post	-3.982	34	< .001	-0.673	0.219
Regulación pre	Regulación post	-0.969	34	0.170	-0.164	0.211
Autonomía pre	Autonomía post	0.189	34	0.574	0.032	0.202

Nota. Para todas las pruebas, la hipótesis alterna específica que Medida 1 es menor que Medida 2.

Nota. Prueba *T* de Student. *P*: valor *p*; *gl*: grados de libertad, *t*: estadístico de prueba; *ES*: error estándar.

Así mismo, se muestran los resultados descriptivos y el gráfico de distribuciones de los tres componentes, en la Tabla 5 y la Figura 3, respectivamente.

1 9 7

Tabla 5: Estadísticos descriptivos pre y post de dimensiones conciencia, regulación y autonomía.

	N	Media	DE	EE	Coefficiente de variación
Conciencia pre	35	13.086	3.156	0.534	0.241
Conciencia post	35	15.429	2.758	0.466	0.179
Regulación pre	35	12.086	2.005	0.339	0.166
Regulación post	35	12.514	2.215	0.374	0.177
Autonomía pre	35	17.571	2.187	0.370	0.124
Autonomía post	35	17.486	2.293	0.388	0.131

DE: desviación estándar. *EE:* error estándar.

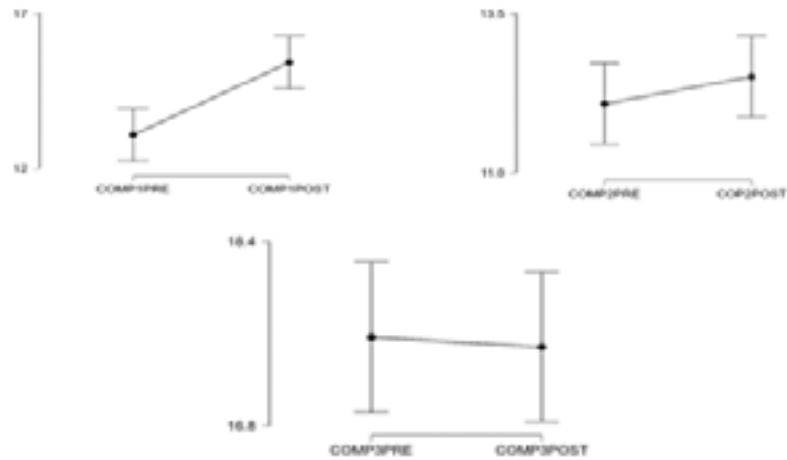


Figura 3: Gráfico de distribución de las puntuaciones *pretest* y *posttest*. COMP1 hace referencia a conciencia, COMP2 hace referencia a regulación y COMP3 a autonomía.

Para el caso del componente de competencia social y competencia vital, se adelantaron pruebas no paramétricas de muestras pareadas. Los resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon sugieren que no existieron

cambios estadísticamente significativos entre las mediciones *pretest* y *posttest*. Parece ser que el programa de formación adelantado no generó impactos en las competencias sociales y vitales de los participantes, como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6: Comparación entre puntuación pre y post dimensiones competencia social y competencia vital.

1 9 8

Medida 1	Medida 2	W	z	p	RBS	EE RBS
Competencia social pre	Competencia social post	149.50	-0.94	0.17	-0.209	0.217
Competencia vital pre	Competencia vital post	139.00	-1.45	0.07	-0.315	0.213

Nota: Para todas las pruebas, la hipótesis alterna específica que Muestra 1 es menor que Muestra 2.
Nota. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Z y W: estadísticos de prueba; p: valor p. RBS: rango bi serial de correlación; EE RBS: Error estándar rango bi serial de correlación

Del mismo modo, en los gráficos de la Figura 4 se observa que las variaciones entre puntuaciones, aunque existentes, fueron bajas.

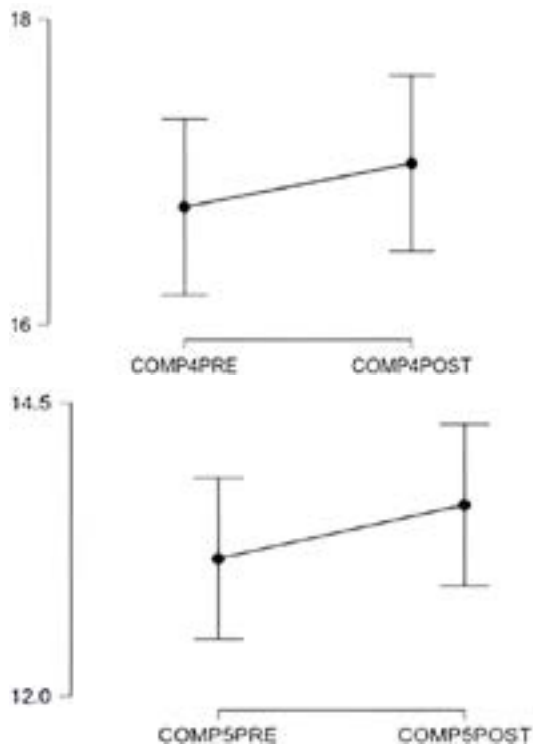


Figura 3: Gráfico de distribución de las puntuaciones *pretest* y *posttest*. COMP4 hace referencia a competencia social, y COMP5 hace referencia a competencias de vida.

3. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de educación emocional en el personal de salud de un Hospital pediátrico de alta complejidad en Nariño, específicamente en áreas de hospitalización crítica y no crítica. Teniendo en cuenta el análisis de resultados de las medidas *pretest* y *posttest* del instrumento de medición ICEA se identifica que el programa en general tuvo un impacto positivo en sus participantes. Los resultados sugieren un efecto favorable en la dimensión de conciencia

emocional; sin embargo, no se observaron cambios significativos en las dimensiones de regulación emocional, autonomía emocional, competencias sociales, y competencias para la vida y el bienestar.

Para contextualizar estos resultados, es fundamental entender el constructo de inteligencia emocional (IE), del cual se deriva la teoría de competencias emocionales abordada por diversos autores. Goleman (1995) destaca la importancia de habilidades como el conocimiento, la conciencia y el reconocimiento de las propias emociones como fundamentales para una gestión emocional efectiva. De manera similar, Salovey y Mayer (1990) proponen un modelo de inteligencia emocional que comprende cuatro ramas interrelacionadas, tres de las cuales se centran en la percepción, integración y comprensión emocional, mientras que la cuarta se refiere a la regulación emocional como resultado de las anteriores.

Según Bisquerra, Alzina (2003), la conciencia emocional comprende la toma de conciencia de las propias emociones, el dar nombre a las emociones y la comprensión de las emociones de los demás. En este sentido, se puede reflexionar que un correcto desarrollo de competencias referidas al componente 1 de Conciencia emocional es fundamental para el desenvolvimiento del resto de competencias. De forma correspondiente, su entrenamiento se fortalece al poner en práctica las habilidades de los demás componentes.

La mejora en la conciencia emocional también es consistente con la literatura previa que destaca la importancia de la educación emocional en el desarrollo de la autoconciencia, y la capacidad de reconocer y comprender las propias emociones (Bisquerra y Pérez, 2007). Este hallazgo es significativo teniendo en cuenta que la conciencia emocional es fundamental para el manejo adecuado de las emociones en contextos

laborales exigentes como el hospitalario donde el estrés y la presión son constantes (Gross, 2015). La mejora en esta dimensión puede deberse a la estructura del programa, que enfatiza la identificación y comprensión de las emociones como primer paso en el desarrollo de competencias emocionales.

En contraste, las dimensiones de regulación emocional y autonomía emocional no mostraron mejoras significativas. La regulación emocional implica habilidades complejas para manejar y modificar las emociones en función de las circunstancias, lo cual, puede requerir un período de intervención más prolongado para observar cambios significativos (Gross y Thompson, 2007). Además, la autonomía emocional, que se refiere a la capacidad de manejar las propias emociones sin depender excesivamente de factores externos, también puede necesitar un enfoque más intensivo y personalizado para ser desarrollada efectivamente (Bisquerra y Pérez, 2007).

La falta de cambios en las competencias sociales y para la vida y el bienestar puede ser atribuida a varios factores. Primero, el entorno hospitalario puede limitar las oportunidades para practicar y reforzar estas competencias durante el período de intervención (Salovey y Mayer, 1990). Las competencias sociales, que incluyen habilidades para la interacción efectiva y la cooperación, pueden requerir más tiempo y contextos diversos para ser plenamente desarrolladas (Goleman, 1995). Por otro lado, las competencias para la vida y el bienestar abarcan una amplia gama de habilidades y actitudes que pueden necesitar un enfoque holístico y de largo plazo para observar cambios sustanciales (WHO, 1999).

Además, la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk mostró que las puntuaciones en las

dimensiones de competencias sociales y competencias para la vida no se distribuyen normalmente, lo que sugiere que las variaciones pueden influir en factores específicos del contexto o del individuo (Field, 2013). La ausencia de cambios significativos en estas áreas podría reflejar la complejidad de estas competencias y la necesidad de intervenciones más extensas y adaptadas a las necesidades individuales de los participantes (Durlak et al., 2011).

Por lo anterior, es fundamental destacar cómo estos resultados tienen un impacto significativo en el contexto de la salud, donde se han observado niveles bajos de salud mental y elevadas demandas psicológicas y emocionales en el personal (Castro et al., 2018). Lo anterior se debe a que el PEE responde a una necesidad percibida del personal de salud, contrastando con la tendencia en la literatura a profundizar en dicha exposición y su intervención en contextos académicos o hospitalarios con pacientes y cuidadores (Cabello et al., 2019; Durlak et al., 2011; Mónaco et al., 2017; Calle y Serna, 2007). Esto, sumado a la falta de información sobre la implementación de programas de educación emocional (PEE), a pesar de su importancia y su conexión con otros constructos relevantes (Pérez et al., 2020), lo que hace prioritaria la consolidación de programas interventivos para el fomento del bienestar del colaborador y la eficacia organizacional (Sánchez-De la Cruz et al., 2021).

Ahora bien, desde esta perspectiva se vislumbra un aporte significativo al contexto, que también respalda el aporte a la literatura científica ya que ofrece resultados desde una alternativa aplicable centrada en un programa interventivo bajo un modelo teórico como es el de Bisquerra y Pérez (2007). Este modelo fue escogido por su bagaje teórico al tener como parte de su sustento teorías como la de Salovey y Mayer, (1990) y Goleman (1995). Ahora bien, se



reconoce por antecedentes que dicho modelo ha sido aplicado especialmente en espacios educativos y población infantil; sin embargo, esta investigación da cuenta de la viabilidad de la formulación e implementación de un PEE en un contexto de salud que tenga su base en dicha mirada teórica.

Se identificó que el modelo teórico de Bisquerra y Pérez (2007) se consolida como una base fundamental para continuar con los procesos de educación emocional en el sector salud. Los FRP presentes en las dinámicas y la organización del trabajo pueden derivar en agotamiento emocional. Además, el modelo contribuye a mejorar el clima laboral en situaciones de alta demanda de trabajo, orientándose a humanizar los lugares de trabajo mediante el entrenamiento de competencias emocionales para el personal de salud, lo cual se utiliza como herramienta de afrontamiento y prevención de riesgos psicosociales.

En conclusión, en este documento se exponen los resultados de la aplicación de un programa de educación emocional encaminado a fomentar competencias emocionales en personal de salud de un Hospital infantil de Nariño, Colombia. Con este estudio se allana el camino en la aplicación de programas de educación emocional en el sector de salud. Los resultados muestran que el programa tuvo un impacto positivo en las competencias emocionales de los participantes, específicamente en la competencia referida a conciencia emocional, mientras que las otras dimensiones no mostraron mejoras estadísticamente significativas. Por lo cual, es relevante continuar gestando procesos de intervención ligados liderados desde el área de Talento Humano de las instituciones y en trabajo articulado con seguridad y Salud en el Trabajo. Con ello, contar con procesos institucionales que aborden el bienestar laboral y calidad de vida laboral.

Referencias bibliográficas

- Alzina, R. B. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7-43.
- Ansoleaga, E., & Toro, J. P. (2014). Salud mental y naturaleza del trabajo: cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), 180-189.
- Aranguren Ruiz, D. A., & Lozano Restrepo, L. P. (2019). *Análisis correlacional entre la inteligencia emocional y clima organizacional de los trabajadores del nivel administrativo, hospitalario y asistencial de la clínica del sistema nervioso renovar Ltda sede Villavicencio* (Doctoral dissertation, Universidad Santo Tomás).
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230.
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Bültmann, U., Kant, I. J., Schröer, C., & Kasl, S. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International archives of occupational and environmental health*, 75, 259-266.
- Cabello, E., Pérez Escoda, N., Ros Morente, A., & Filella Guiu, G. (2019). Los programas de educación emocional happy 8-12 y happy 12-16. Evaluación de su impacto en las emociones y el bienestar.

Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 2019, vol. 30, num. 2, p. 53-66. (REF 21)

Calle Agudelo, J. C., & Serna Tamayo, L. C. (2017). Fortalecer su inteligencia emocional: un reto para las familias de niños hospitalizados.

Caldichoury, N., García-Roncallo, P., Saldías, C., Zurita, B., Castellanos, C., Herrera-Pino, J., ... & López, N. (2023). Impacto psicológico del COVID-19 en los trabajadores sanitarios durante el segundo año de pandemia en Latinoamérica: estudio de encuesta transversal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Castro Méndez, N. P. (2018). Riesgos psicosociales y salud laboral en centros de salud. *Ciencia & trabajo*, 20(63), 155-159.

Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.308. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Comité Mixto, O. I. T. O. M. S. (1984). Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. *Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo*, 7.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432.

Elshaer, N. S. M., Moustafa, M. S. A., Aiad, M. W., & Ramadan, M. I. E. (2018). Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 273-277.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Sage.

S

García Navarro, E. (2017). Formación del profesorado en educación emocional: Diseño, aplicación y evaluación.

Gómez Vicario, M., Velasco Martínez, L. C., & Tójar Hurtado, J. C. (2018). Proyecto de intervención sobre educación emocional en la Comunidad el Milagro (Inquitos, Perú). *Cuestiones pedagógicas*, 26, 111-130.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.

Han, K. M., Shin, C., Yoon, H. K., Ko, Y. H., Kim, Y. K., & Han, C. (2018). Emotional labor and depressive mood in service and sales workers: Interactions with gender and job autonomy. *Psychiatry research*, 267, 490-498.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México DF.

- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(6), 605-613.
- López-López, V., Lagos San Martín, N. G., & Hidalgo Ortíz, J. P. (2022). Validación del Inventario de Competencias Emocionales para Adultos (ICEA). *Revista Educación*, 46(2), 84-99.
- Merchán, I. B., Bermejo, M. L., & de Dios González, J. (2014). Effectiveness of an Emotional Intelligence Program in Elementary Education. *Revista De Estudios E Investigación En Psicología Y Educación. Vol 1. Número, 1*, 91-99.
- Ministerio del Trabajo de Colombia. (2018). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Fondo de Riesgos Laborales. <https://fondoriesgoslaborales.gov.co/wp-content/uploads/2018/10/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial No. 41.159. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/rs_8430_1993.html
- Mónaco, E., de la Barrera, U., & Montoya-Castilla, I. (2017). Desarrollo de un programa de intervención para mejorar las competencias emocionales, el afecto positivo y la empatía en la adolescencia. *Calidad de vida y salud*, 10(1).
- Padilla, M. L. S., Alcántara, S. M., & Macorra, M. Z. (2019). Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del Hospital General de México, 2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2).
- Pérez-González, J. C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M., & Piqueras, J. A. (2020). Educación emocional en la educación para la salud: cuestión de salud pública. *Clínica y salud*, 31(3), 127-136.
- Peña Martínez, Y., Dávila, Z. B., & Rodríguez, W. P. (2017). Un estudio de competencias emocionales en un grupo de enfermeros del hospital clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1333-1348.
- Ramos, N., Recondo, O., Enriquez, H., Díaz, N. R., Pérez, O. R., & Anchondo, H. E. (2012). *Practica la inteligencia emocional plena: Mindfulness para regular nuestras emociones*. Editorial Kairós.
- Riascos, G. M., & Nasner, A. R. (2017). Implementación de un Programa Cognitivo Comportamental de Tercera Generación (Mindfulness) enfocado a la autorregulación emocional en pacientes con diagnóstico de depresión unipolar de la Unidad "Intermedio Mujeres" del Hospital San Rafael de San Juan de Pasto. *Boletín Informativo CEI*, 4(3), 31-33.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Sánchez-De la Cruz, J. P., González-Castro, T. B., Pool-García, S., López-Narváez, M. L., & Tovilla-Zárate, C. A. (2021). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido

durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista mexicana de urología*, 80(3), 1-9.

World Health Organization. (1999). *Policy Formulation Processes and Implementation Methods with a Special Focus on the Development of Human Resources for Health: Report of an Intercountry Consultation, 28 September-2 October 1998, Colombo, Sri Lanka*. World Health Organization.

World Health Organization. (1999). *Policy Formulation Processes and Implementation Methods with a Special Focus on the Development of Human Resources for Health: Report of an Intercountry Consultation, 28 September-2 October 1998, Colombo, Sri Lanka*. World Health Organization.

Wu, X., Li, J., Liu, G., Liu, Y., Cao, J., & Jia, Z. (2018). The effects of emotional labor and competency on job satisfaction in nurses of China: A nationwide cross-sectional survey. *International journal of nursing sciences*, 5(4), 383-389.