



PUTG-SALABARRIA S.C.

*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898473*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

ISSN: 2007 – 7890.

**Año: IV.**

**Número: 3.**

**Artículo no. 38**

**Período: Febrero – Mayo, 2017.**

**TÍTULO:** Reflexión respecto a las emociones en el trabajo del profesional de la salud especialmente en población infantil.

**AUTORES:**

1. Dr. Alex Véliz Burgos.
2. Máster. Alexis Soto Salcedo
3. Máster. Anita Dörner Paris

**RESUMEN:** Se pretende reflexionar respecto del cómo las emociones influyen en el trabajo que desarrollan los profesionales de la salud, especialmente en población infantil, en donde se complejiza la sincronización de creencias, puesto que el usuario demanda la generación de un clima de confianza que es imposible de construir si el profesional no logra reconocer y manejar las emociones que posee respecto de las situaciones que vive. Se vincula la inteligencia emocional como elemento de ayuda para trabajar este tema y se plantea la necesidad de incorporar el factor humano como tema primordial en la formación de los futuros profesionales del área.

**PALABRAS CLAVES:** inteligencia emocional, profesional de la salud, infancia.

**TITLE:** Reflection regarding emotions in the work of the health professional with children.

**AUTHORS:**

1. Dr. Alex Véliz Burgos.
2. Máster. Alexis Soto Salcedo.
3. Máster. Anita Dörner Paris.

**ABSTRACT:** It is intended to reflect on how emotions influence the work health professionals performed, especially in children, where the synchronization of beliefs becomes complex, since the user demands the generation of a climate of trust that is impossible to construct if the professional does not manage to recognize and manage the emotions that he possesses with respect to the situations he lives with. Emotional intelligence is linked as an aid element to work on this topic and it is proposed the need to incorporate the human factor as a primary theme in the training of future professionals in the area.

**KEY WORDS:** emotional intelligence, health professional, childhood.

**INTRODUCCIÓN.**

El interactuar con niños(as) en ambientes clínicos o de salud, nos lleva inevitablemente a actualizar nuestros propios recuerdos de infancia, nuestras fantasías, nuestros miedos, nuestros anhelos y nuestros proyectos; de una u otra forma, es reencontrarnos con los recuerdos de un episodio de vida, que dependiendo del contexto en el que crecimos, nos asignó de mayor o menor forma índices de vulnerabilidad, tanto por falta de protección o por exceso de la misma y que sin lugar a dudas marcó la forma en que enfrentamos la vida hoy en día.

Considerando lo anterior, el trabajo con niños(as), en el área de salud, obliga a los profesionales a contactarse con el pensamiento preoperacional cognitivo, y por ende, con las atribuciones fantásticas que otorgan vida a objetos inanimados y llenan de artificialismo el contenido y la forma de la comunicación que se establece.

Este tipo de pensamiento está enraizado en la emoción infantil, por lo que influye y condiciona prácticamente toda las interacciones que el niño presenta evidenciándose una suerte de alianza de codependencia entre el pensamiento, la emoción y la conducta; es así como la emoción del niño(a) surge de la creencia y el pensamiento, por tanto, podemos ver las primeras aproximaciones arquetípicas en donde, por ejemplo, la mujer es madre y como madre es protectora confiable y cercana, por lo que el niño tiende a sentirse más seguro con una mujer desconocida que con un hombre desconocido.

De esa forma, las representaciones preoperacionales y/o concretas que pueda construir el niño(a), desde los estímulos que reciba, serán el insumo primordial que actuará como gatillante emocional que influirá tanto en el establecimiento de relaciones como en la manifestación conductual. Es posible apreciar esta situación en algunos experimentos sociales en donde niños, que han sido educados por su familia a desconfiar de adultos desconocidos, son expuestos a situaciones controladas donde adultos desconocidos con “buena apariencia” les invitan a cuidar animales, a tomar helados o a sumarse en la búsqueda de alguien perdido; en gran parte de los casos, aún con la premisa de la desconfianza frente al desconocido, han aceptado a irse con ellos. En este caso, la “creencia” del niño es que las personas malas, visten mal, hablan mal y se comportan mal, por tanto, alguien bien vestido, amable y educado no tendría por qué ser peligrosa.

En este contexto, el desafío para los profesionales de salud es conocer las creencias familiares que existen respecto del procedimiento médico, a través del propio relato del niño, y luego, facilitar la construcción de una relación que garantice estabilidad y seguridad de manera que la emoción surgida permita enfrentar nuevos procedimientos de manera relajada garantizando un mejor resultado.

**DESARROLLO.**

En el trabajo cotidiano de los agentes de salud surge como un interesante desafío establecer fórmulas para conocer las creencias de los niños o sus familias ante la atención de salud, a fin de generar, en lo inmediato, un clima que facilite el procedimiento, y en lo mediano, tener elementos que permitan comprender cómo dichas creencias afectan o influyen en sus emociones, y de esa forma, desarrollar algunas estrategias de educación más sistemáticas que pudieran ayudar a padres, terapeutas o profesores del área de salud a trabajar con los niños(as) en un contexto de promoción de la salud o de intervención ante la interrupción de la misma. Un ejemplo de esto dice la relación con lo común que resulta observar que un(a) niño(a) se agite, llore o se intranquilece, previo a un operativo de vacunación realizado en el colegio, o en el centro de salud, mientras otros presentan la misma intranquilidad al escuchar el ruido de la maquinaria que se encuentra en una consulta odontológica, puesto que la creencia de lo que ocurre u ocurrirá genera ansiedad anticipatoria y lo predispone a tener una conducta evitativa, opositora y/o agresiva. Esta manifestación conductual del niño predispone también al profesional que interactúa con él y al adulto que lo acompaña, por lo que es común que en el profesional emerjan conflictos personales respecto de la relación con su propio niño interno o con imágenes de niños que se encuentran en el archivo de vida que posee, generando con el paciente infantil una relación interferida por las creencias del paciente y las creencias del agente de salud.

Es en este sentido, que hemos visto como profesionales de distintos ámbitos expresan frases como “no sé qué hacer con este niño/a”, “no logro controlarlo en la sesión”, “me cansa el tratar con niños/as complejos”. Sin mostrar algún grado de comprensión respecto de la conducta infantil y simplemente externalizando el problema, operando desde un “*locus de control externo*” donde son los otros, el contexto, el sistema, la clínica, las máquinas, los responsables de que esto ocurra y no buscando en sí mismos o en su propia dinámica de funcionamiento, algo que este influyendo en la interacción emocional que se ha dado.

Pareciera entonces, que la interacción entre dos personas es la interacción de dos mundos de creencias, historias, experiencias y expectativas, en donde tal como ocurre en un juego de ajedrez el movimiento de una pieza condiciona la respuesta del otro jugador, por lo que se influyen y condicionan de manera sistemática y permanente. Es así como un buen saludo condiciona una buena actitud de diálogo, o una mala respuesta bloquea la confianza y el estado de relajación frente a un procedimiento.

Más de alguien dirá “que fácil es decirlo” pero ¿cómo puedo aplicar esto? Volvemos entonces, al punto de partida, para aprender a vincularme desde la emoción positiva debo obligatoriamente conectarme con mis propias emociones, reconociéndolas, identificándolas, manejándolas y expresándolas adecuadamente en un contexto regulado, si alguien logra completar este circuito, habrá dado un gran paso para mejorar la interacción con otras personas y asegurar asertividad comunicacional y bienestar recíproco.

Es relevante mencionar, que durante muchos años hablar de expresión de emociones, reconocimiento o contacto con las mismas, era considerado un tema secundario, primando la técnica y el conocimiento por sobre la vivencia experimentada por el otro. Esto se apreciaba de una manera más evidente en el ámbito de salud, en donde cada observación o comentario estaba regido por el implacable método científico que requería la prueba y confirmación de la hipótesis como evidencia, y en donde el marco interpretativo, perceptivo o sensitivo tenía poco espacio pues carecía de esta supuesta “objetividad”. Nuevos estudios pudieron confirmar la influencia de la emoción en varios procesos incluso en la recuperación física, por lo que lentamente surgió como una variable más para estudiar.

Surge así la necesidad de evaluar métodos que favorezcan la expresión emocional de las personas como insumo para garantizar bienestar, una adecuada salud mental, y una relación fluida con las personas con las que coexiste. Bajo esta mirada surge una preocupación por estimular la inteligencia emocional, educar las emociones, gerenciar la felicidad, mejorar o

desarrollar las habilidades blandas, o sea, de una u otra forma favorecer el vínculo humano y potenciar la relación persona a persona, más que el sólo predominio de la técnica y el conocimiento.

La emoción entonces debe pasar del curriculum oculto al curriculum formal en la educación superior para fortalecer la formación de los profesionales de distintas áreas, pero especialmente los ligados a la atención de salud. La competencia actitudinal debe ser un elemento central en la formación profesional, de forma que permita un aprendizaje socioemocional que favorezca la instalación de prácticas formativas tempranas y permanentes que mejoren la interacción entre los agentes de salud y todos aquellos que son usuarios del sistema, apoyando de esta forma el manejo de situaciones desafiantes desde la responsabilidad, la ética y la preocupación por los otros.

Esta incorporación del "factor humano" no ha podido plasmarse en la política educacional de muchos países latinoamericanos que son fieles conservadores de la construcción de conocimiento teórico como fuente principal de desarrollo, dejando la educación emocional exclusivamente en manos de la familia. En Chile, por ejemplo, no ha logrado instalarse este "factor humano" en los sistemas universitarios (que siguen secuestrados por la cultura posmodernista centrada en el individualismo y las relaciones desechables) y aparecen pequeños atisbos en las líneas de formación general o complementaria, declarando desde el propio nombre, que se les asigna, que no son en absoluto algo primordial. Desde esta mirada, las instituciones de educación superior deberían apoyar la formación de personas emocionalmente estables, que puedan establecer relaciones sanas y propositivas, y por ende, sean "inteligentes" en el sentido de adaptarse al contexto no sólo desde la cognición sino también desde la emoción, y por ende, ser considerados como personas con inteligencia emocional para el trabajo con otros, especialmente en el contexto de la salud.

La inteligencia emocional podría recoger estos elementos descritos y organizarlos en una teoría que de alguna forma da cuenta de su importancia, y sin lugar a dudas, constituirse en uno de los constructos a considerar para favorecer el trabajo con otros. Una de las primeras definiciones del constructo de inteligencia emocional (IE) fue la abordada por Salovey y Mayer (1990), quienes la operativizaron como “la capacidad humana de conocer las propias emociones (descripción, expresión, regulación y la canalización de las emociones), así como la sensibilización ante las emociones y la eficacia del manejo de las emociones para las relaciones interpersonales”.

Pareciera en sí misma una definición compleja, pero apunta principalmente a educarnos respecto de cómo lograr sintonizar con nosotros mismos, reconociendo que nos ocurre con los estímulos internos (pensamientos) y externos (lo que ocurre fuera de nuestro entorno corporal), y como logramos dar nombre a lo que nos pasa para avanzar hacia una regulación de las emociones.

Pudiésemos, entonces, trabajar en procesos de descubrimiento emocional toda vez que en la medida que se avanza en la identificación de lo que ocurre, del porque ocurre, y del cómo influye en la creencia que tenemos respecto de algo, facilita el proceso de deconstrucción y reconstrucción de creencias para avanzar hacia una mejor salud mental, y de paso, ayudar al trabajo, que como agentes de salud tenemos con los usuarios, sobretudo infantiles, en donde es más evidente esta necesidad de conexión afectiva.

Un ejercicio, que hoy se práctica en educación preescolar, para favorecer este proceso consiste, en primera instancia, en aprender a respirar y a través de la respiración aprender a sentir y escuchar lo que pasa en nuestro cuerpo; esta estrategia de *centramiento* permite identificar lo que ocurre con los pies, las manos, los brazos y la cabeza, y reconocer las sensaciones que de ellos se origina. En niveles más avanzados, lograr identificar y distinguir preocupación de inquietud, alegría de euforia, pena de tristeza, entre otras emociones, de manera tal de apoyar desde una edad primaria el reconocimiento y la diferenciación de las sensaciones, y por ende, la estrategia para abordarla.

Ahora bien, para un manejo instrumental de la inteligencia emocional, se le comprendió como “la habilidad psicológica, refiriéndose como la capacidad para juzgar correctamente los sentimientos, los estados de ánimo y la motivación de la persona (Salovey y Mayer, 1990).

Esto es relevante, puesto que esta capacidad nos permite reconocer y manejar las emociones que vivenciamos, regular la relación que tenemos con los demás, evitando interferencias y midiendo cada acción por el peso real que tiene, y no por la carga histórica de procesos que no hemos sabido resolver. Este sencillo acto nos aporta una herramienta irremplazable en la solución de conflictos pues somos capaces de distinguir nuestra emoción y separarla del análisis global de la situación, lo que reduce de manera importante nuestro grado de subjetividad. Respecto de este mismo tema, Mayer, Salovey y Caruso (2000, p. 267) incorporan la solución de problemas como parte de la inteligencia emocional, y señalan que la IE es "... Ser capaz de reconocer la importancia de las emociones y de sus interrelaciones, así como razonar y resolver problemas basados en ellos. La inteligencia emocional está implicada en la capacidad de percibir las emociones, asimilarlos basadas en los sentimientos, a evaluar y gestionar ellos."

El segundo gran desafío, luego de identificar y reconocer las emociones, tiene que ver con las acciones que permiten regular la expresión conductual de la emoción; en este sentido, es inevitable recordar muchas de las estrategias que nuestros padres usaban para abordar esta tarea, y que a través del tiempo fueron siendo validadas por su uso y efectividad, aparecen por ejemplo mojar con agua fría a quienes están enojados, dar dulces a los que están afligidos, ignorar al opositor, y otras que si bien pudieron haber tenido resultados instantáneos no necesariamente apuntaban a la lógica de la autorregulación sino más bien a un contexto que intentaba resolver algo que debía resolverse internamente. Frente a ello, se sugiere, más bien evaluar las características personales alejándonos de la petición social de un “recetario”, centrándonos más bien en comprensiones particulares que permitan manejar las emociones.

Ahora bien, dada la importancia de la inteligencia emocional, sería deseable esperar que un profesional de la salud desarrolle de manera paralela, a su formación disciplinar, estrategias para educar sus emociones, y de esta forma facilitar su adaptación al medio y la interacción con otras personas. Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera (2001) indicaron, que la IE juega un papel importante en la adaptación al medio y en la regulación de los estados de ánimo, lo que se suma a otros estudios que vinculan la emoción con la percepción de satisfacción con la vida y la calidad de las relaciones interpersonales (Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000; Dawda y Hart, 2000; Davies, Stankov y Roberts, 1998; Martínez-Pons, 1997).

Como mencionamos con anterioridad, la formación universitaria no siempre recoge este principio, y los estudiantes tienden a privilegiar el compromiso con asignaturas de corte conceptual y teórico de aquellas, que por estar ligadas a formación “complementaria” parecieran ser menos relevantes para el currículo pero que son protagonistas a la hora de evaluar el sello de formación profesional, y más aún en la calidad de la atención que un profesional presta a sus usuarios, toda vez que la demanda del paciente pasa por establecer una relación que brinde confianza y seguridad, y que facilite la participación activa del usuario en el procedimiento o tratamiento que se indique puesto que ha logrado conectarse afectivamente con su tratante.

## **CONCLUSIONES.**

Puede concluirse, entonces, que las emociones son un elemento primordial en el trabajo de los agentes de salud, toda vez que la interacción que se construye con un usuario afecta en la adhesión que presenta frente a un tratamiento, por lo que el profesional de la salud debe formarse directa o indirectamente en todo aquello que implica un reconocimiento de sus propias emociones a objeto de avanzar en la autorregulación emocional, y por ende, comprender lo que ocurre con su usuario (Brennan, 2017).

En esta nueva interacción, más transparente y honesta, será mucho más sencillo conectarnos con nuestras creencias, experiencias e historia, lo que facilitará sobre todo el trabajo con población

infantil en donde se desafía al agente de salud a comprender un mundo menos real pero igualmente significativo a la hora de garantizar confianza y seguridad en el trabajo terapéutico.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Ciarrochi, J.V., Chan, A.C., y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
2. Davies, M., Stankov, L., y Roberts, R.D. (1998). Emotional intelligence: En: Search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
3. Dawda, D. y Hart, S. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I) in university students. *Personality and individual differences*, 4, 797-812.
4. Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia Emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
5. Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
6. Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. En: R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396–420). Cambridge, England: Cambridge University Press.
7. Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185–211.
8. Brennan, E. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing*, 26(1): 43-47.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Charles, S.T., y Carstensen, L.L. (2007). Emotion regulation and aging. En: J.J. Gross Ed.): *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.

2. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud, MINSAL y la División de Planificación Regional de MIDEPLAN (2008). Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, Gobierno de Chile.
3. Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2004) “El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe”. *Boletín de psicología*, 80, 59-78.
4. Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
5. Mather, M., y Carstensen, L.L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Science*, 9, 496-502.
6. Salovey, P. y Mayer, J. (1995). Practicar un Estilo de Afrontamiento Inteligente: La Inteligencia Emocional y el Proceso de Afrontamiento. Conferencias Binacionales de Inteligencia Emocional.
7. Sanhueza M., Castro M. & Merino J. (2005), Adultos Mayores funcionales: un nuevo concepto de salud, *Ciencias enfermería*s. XI, 2, 17 – 21.
8. Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., y Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141, 523-536.

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

**1. Alex Véliz Burgos.** Psicólogo y Doctor en Psicología por la Universidad del País Vasco. Académico asociado del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Los Lagos. Investigador. Correo electrónico: [alex.veliz@ulagos.cl](mailto:alex.veliz@ulagos.cl)

**2. Alexis Soto Salcedo.** Psicólogo y Máster en Educación por la Universidad de la República. Académico de la carrera de Psicología de la Universidad Mayor. Director de la carrera de Psicología, docente e investigador. Correo electrónico: [alexis.soto@umayor.cl](mailto:alexis.soto@umayor.cl)

**3. Anita Dörner Paris.** Enfermera y Máster en Educación Superior por la Universidad San Sebastián. Académico asociado del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos. Secretaria académica e investigadora. Correo electrónico: [anitapatricia.dorner@ulagos.cl](mailto:anitapatricia.dorner@ulagos.cl)

**RECIBIDO:** 24 de marzo del 2017.

**APROBADO:** 12 de abril del 2017.