

# LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ENFERMERÍA

DR. CARLOS HUE | *Universidad de Zaragoza*

Las tendencias más actuales en políticas de salud en Europa se están enfocando a los tratamientos personalizados, a los tratamientos menos centrados en las técnicas curativas centradas en los procedimientos, y más en una medicina “personalizada” que tenga en cuenta la idiosincrasia diferencial de cada uno de los pacientes, tanto en su aspecto físico, como en el aspecto psicológico y social. De este modo, están surgiendo las “*taylored therapies*”, las terapias basadas en la genética o aquellas centradas en la inmunoterapia.

Pues bien, junto a este tipo de terapias físicas cada día se están haciendo sitio una atención global sobre la persona del paciente, sobre su familia y amigos, y sobre el medio en el que vive, así como en los estilos de vida de éste. Y en este terreno están tomando protagonismo las teorías del *mindfulness*, la psicología positiva y la inteligencia emocional.

## 1. PENSAMIENTO Y CEREBRO

La idea principal de este artículo se centra en que nuestro comportamiento depende de nuestros pensamientos y que estos son “esclavos” de nuestras emociones y sentimientos. Aunque es una palabra muy fuerte, nos sirve para comprender mejor que las decisiones humanas aunque racionales, es decir, elaboradas en las zonas ejecutivas de la corteza cerebral, son siempre influenciadas de una manera decisiva por la valoración emocional realizada a través de nuestras emociones y sentimientos. Así, cuando dudamos cómo poner una vía a un enfermo, en función de la facilidad de hacerlo, en una vena u otra, al final será nuestra “intuición” la que determine la forma de hacerlo. Y no olvidemos que la intuición es la suma de experiencia más valoración emocional y, por tanto, emocional a la postre.

En consecuencia podremos decir que no hay pensamientos racionales y que todos los pensamientos, en alguna forma, son emocionales ya que nuestras emociones califican de agradables o desagradables, favorables o no favorables, excitantes o relajantes. Y, en el caso de que nuestra valoración fuera neutra, también es emocional puesto que no se inclina hacia un lado u otro.

Como ejemplo de que todas las cosas, personas y situaciones pueden ser calificados podemos aproximarnos al “Diferencial semántico” de Osgood. Este autor creó una prueba para calificar las palabras pidiendo a las personas que valorasen cualquier palabra en función de varias variables emparejadas en un valor y su contrario, como se observa en la figura nº 1 sobre la palabra república.



FIGURA 1. DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD

Las emociones son valoraciones que modulan nuestra acción de aproximación o alejamiento. Y, hay que tener presente, además, que las emociones y sentimientos sobre cada estímulo dependen de cada persona porque cada uno de nosotros ha tenido experiencias vitales diferentes y, de este modo, cada uno de nosotros estableceríamos una respuesta diferente en el “Diferencial Semántico” de Osgood.

Estas diferentes respuestas pueden observarse hoy a través de la técnica de la Electrocorticografía a través de la cual científicos norteamericanos han observado por primera vez en vivo y en directo cómo se forma un pensamiento humano en el cerebro.

[https://www.tendencias21.net/Observan-por-primera-vez-como-se-forma-un-pensamiento-en-el-cerebro\\_a44348.html](https://www.tendencias21.net/Observan-por-primera-vez-como-se-forma-un-pensamiento-en-el-cerebro_a44348.html)

En definitiva, existen dos formas de pensar: una más emocional y otra más racional. La forma más emocional es más adaptativa a la vida, nos ayuda a huir de situaciones peligrosas y tarda alrededor de 125 milisegundos. De esta respuesta es responsable el cerebro límbico y tiene una gran influencia en nuestras decisiones, en nuestra conducta profesional. La otra, más racional es más lenta, tarda alrededor de 500 milisegundos y tiene su centro en el cortex frontal de la corteza cerebral.

Ambas dos tienen una respuesta adaptativa pero son útiles en diferentes momentos. La respuesta rápida es útil en decisiones rápidas, cruciales, de urgencia, como cuando tienes que taponar una hemorragia tras un accidente, mientras que las segundas son útiles en momentos de decisiones importantes pero no urgentes, como pueda ser en un quirófano. El problema aparece cuando utilizamos las decisiones rápidas en la mayor parte de nuestra tarea profesional, cuando hacemos que la mayor parte de las acciones sean urgentes, movidas por la ansiedad o el estrés, olvidándonos de las acciones importantes. Y ahí, es donde se demuestra importante aprender técnicas de control emocional como es el mindfulness.

Por lo tanto, si nuestro comportamiento personal y, en este caso, profesional en enfermería depende de nuestras emociones y pensamientos, deberemos educarlos para que nuestras reacciones, nuestra práctica sea lo más profesional posible y esté menos influenciada por nuestros estados de ánimo.

## 2. PENSAMIENTO EMOCIONAL

Hemos visto cómo todos los pensamientos están imbuidos de emociones, sin embargo no todos los pensamientos están afectados de la misma manera. De este modo, podemos diferenciar tres tipos de emociones:

- Emociones anteriores al pensamiento: son aquellas respuestas emocionales de supervivencia que no alcanzan todavía el cortex, es decir, constituyen la vía rápida. Son las seis emociones básicas: rabia, tristeza, asco, miedo, curiosidad y alegría. Son emociones incontrolables que provocan reacciones incontrolables de las que muchas veces nos arrepentimos en la práctica de enfermería. Son emociones espontáneas que nos ayudan a tomar decisiones rápidas, unas veces acertadas y, otras, nos pueden causar problemas personales o relacionales. Estas emociones no serían controlables.
- Emociones en el pensamiento: son aquellas emociones, ya sentimientos, que sentimos una vez la corteza cerebral ha tomado conciencia y ayuda a nuestro organismo a reaccionar de una manera consciente. En la mayor parte de las ocasiones estas emociones, trocadas en sentimientos, pasan desapercibidas. Son los sentimientos de tristeza, arrepentimiento o culpa, por un lado, o los sentimientos de alegría, autoafirmación o serenidad, por otro. En ocasiones no es fácil atender en el momento de nuestra acción a esos sentimientos que son los que dan color, explicación y sentido a las decisiones que determinan nuestra conducta. Estos sentimientos serían poco controlables al estar afectados todavía por las emociones más primarias.
- Emociones después del pensamiento: como en el caso anterior, estas emociones ya conscientes se tornan sentimientos. Estos sentimientos son los que van a determinar nuestra personalidad, nuestra forma de ser. En la mayor parte de las veces, no atendemos a estos sentimientos que deberían ser reflexionados a la luz de las consecuencias de nuestras acciones. Los sentimientos, por ejemplo, sentidos cuando fuimos estimulados como hemos señalado con anterioridad, tristeza, arrepentimiento, culpa o, alegría, autoafirmación y serenidad repetidos a lo largo del tiempo determinarán en nosotros una personalidad pesimista u optimista que será determinante en nuestro quehacer profesional como enfermeras/os. Estos sentimientos son muy controlables y deberíamos aprender a reflexionar siempre después de la acción para modularlos y no dejarnos llevar de ellos.

El modelo de pensamiento emocional se basa en el modelo de inteligencia emocional desarrollado por Goleman (1997 y 2006) y pretende ir más allá de la inteligencia emocional. La inteligencia es una capacidad de una parte innata en el ser humano y, de otra, aprendida pero que en todo momento se encuentra a disposición de la persona; es, por tanto, pasiva, recibida, mantenida, permanente. Sin embargo, el pensamiento es una acción humana fruto lógicamente de la capacidad intelectual pero que no siempre está activa y que en la mayor parte de las veces es consecuencia de una decisión de la persona. Es verdad que existen pensamientos mecánicos, pensamientos poco controlables, pero hasta éstos pueden ser modulados por el pensamiento consciente de una persona. Por tanto, el pensamiento sería una acción y no una competencia, no permanente, y muchas veces activo, por lo que es diferente de la inteligencia.

Ese es el carácter que se ha establecido en el “Metodo de pensamiento emocional” (Hué, 2007) cuando nos referimos al pensamiento emocional, que sería la capacidad de modular nuestro pensamiento desde el control de nuestras propias emociones.

En tal sentido, el objeto del modelo de pensamiento emocional es aprender a controlar tanto nuestras emociones antes del pensamiento, en el pensamiento y después del pensamiento, como en los demás (Fig. 2).

|                 | ANTES DEL PENSAMIENTO (ANTES) | EN EL PENSAMIENTO (EN EL MOMENTO) | DESPUÉS DEL PENSAMIENTO (DESPUÉS) |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Nuestras</b> | Nuestra emociones             | Nuestra emociones                 | Nuestra emociones                 |
| <b>De otros</b> | Emociones de otros            | Emociones de otros                | Emociones de otros                |

**FIGURA 2. EL CONTROL DE LAS EMOCIONES EN EL PENSAMIENTO**

*Las emociones y sentimientos son distintos en cada persona*

Lo que está claro es que los mismos estímulos provocan diferentes reacciones en distintas personas. Por ejemplo, frente a las tres fotos que presentamos en la figura nº 3 las reacciones de las personas son diferentes, las emociones y sentimientos que provocan son distintos, y los pensamientos que los acompañan también. En unos casos, serán de aproximación, en otros serán de alejamiento, y en algunos otros quedarán indiferentes.



**FIGURA 3. ESTAS CARAS PROVOCAN DIFERENTES EMOCIONES EN DISTINTAS PERSONAS**

### *Los pensamientos están sujetos a una jerarquía*

Los pensamientos que llegan a nuestra mente dependen de una jerarquía. No todos los pensamientos tienen la misma importancia, no todos los pensamientos duran lo mismo en nuestra conciencia, sino que éstos responden a una ordenación en función del mayor o menor grado de prevención del riesgo que tienen para nosotros.

Aunque no seamos conscientes todos nuestros pensamientos están dirigidos a apoyar nuestra supervivencia. En unos momentos, por ejemplo, en un incendio nuestros pensamientos estarán dirigidos a buscar una salida que pueda salvarnos la vida, pero en otros momentos, por ejemplo en una situación de acoso en el hospital, nuestros pensamientos se tornarán obsesivos para conseguir escapar de esta situación. Así, podemos ordenar nuestros pensamientos de forma inversa a la pirámide de Maslow. En lo alto de la jerarquía estarán los pensamientos destinados a superar las amenazas físicas, como las necesidades fisiológicas; en segundo lugar aquellos pensamientos que nos permitan encontrarnos en situaciones de seguridad en las que nuestra vida no corra peligro; en tercer lugar, serán aquellos destinados a ayudarnos a sentirnos queridos en el seno de una familia, de un grupo de amigos, aquellas cosas que nos dan satisfacción como el sexo, el dinero o encontrar un trabajo; el cuarto lugar es ocupado por aquellos pensamientos destinados a conseguir el reconocimiento de los demás, de nuestra familia, amigos, pero en el caso de las/os enfermeras/os en el trabajo profesional, así como aquellos pensamientos destinados a llenar el tiempo de ocio; y finalmente, en quinto lugar estarán los pensamientos relativos a nuestra realización personal, a desarrollar un proyecto profesional con sentido, a plantear alternativas en lo profesional, lo social, o lo cultural.

### **3. INTELIGENCIA EMOCIONAL**

El ser humano se diferencia de los animales denominados no racionales por su capacidad de pensar, por su capacidad de interpretar los estímulos que tiene a su alrededor, de ordenarlos y de inferir pautas que le lleven a predecir el futuro, a anticipar situaciones peligrosas o beneficiosas para su supervivencia. Esto es lo que denominamos inteligencia. Pero, hasta 1986 cuando Gardner establece el concepto de “Inteligencias múltiples” en psicología solo se hablaba de la inteligencia más racional, de aquella que interpreta los datos y situaciones de una forma racional. Sin embargo, con la aportación de este psicólogo norteamericano, desde esa fecha, la psicología ha aprendido a denominar como inteligencia también otras aptitudes humanas. En este caso, fueron ocho las inteligencias múltiples que describió Gardner, aunque en la actualidad se han añadido algunas más. Estas fueron: la inteligencia lógico-matemática, visual-espacial, musical, naturalista, corporal-cinestésica, lingüística-verbal, intrapersonal e interpersonal.

Con posterioridad, en 1990, otros dos psicólogos investigadores norteamericanos, Salovey y Mayer describieron un nuevo término “Inteligencia emocional” como la capacidad de ser conscientes y manejar tanto las emociones propias, como las de los demás. En este nuevo término se unieron dos de las inteligencias múltiples descritas por Gardner, la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal.

Sin embargo, este nuevo término no tuvo gran difusión en un primer momento, hasta que en 1995, Daniel Goleman, un psicólogo y periodista de los EE.UU. puso en valor el término y lo difundió ampliamente mediante la publicación de su bestseller

“Emotional Intelligence”. En este libro repasaba un buen número de investigaciones relativas a la importancia del manejo de las emociones en el éxito académico, laboral, social e, incluso, en la salud de las personas. La consecuencia fue que la Inteligencia emocional es desde entonces, una materia destacada de estudio y desarrollo en empresas, universidades, hospitales y grupos humanos políticos, religiosos, culturales y, hasta en el ejército.

Aplicando la inteligencia emocional a la práctica profesional en enfermería encontramos pocos estudios, pero es interesante destacar la aportación de la Dra. Diogo especialista en enfermería pediátrica cuando afirma que “o percurso de teorização sobre o uso das emoções, enquanto instrumento terapéutico, em enfermagem pediátrica, revelou-nos numa primeira análise a sua natureza caracteristicamente composta por 5 categorias maior: 1) Promover um ambiente seguro e afetuoso, 2) Nutrir os cuidados coma feto, 3) Gerir as emoções dos clientes, 4) Construir a estabilidade na relação, e 5) Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros) (Diogo, 2015:227).

#### 4. MÉTODO DE PENSAMIENTO EMOCIONAL

Fruto de la experiencia con personas de diferentes profesiones de la educación y de la salud surge en 2007 un método para el desarrollo del bienestar de las personas desde los principios de la inteligencia emocional con el nombre de Pensamiento emocional (Hue, 2007). Este método surge del concepto de inteligencia emocional creado por Salovey y Mayer en 1990, de una parte, y de la divulgación efectuada por Daniel Goleman especialmente a través de sus libros Inteligencia emocional (1997) e Inteligencia social (2006), de otra. Surge como respuesta a la carencia de una formación específica en ese momento, tanto en la formación inicial de las personas, como en la formación a lo largo de la vida, y como respuesta a la necesidad del desarrollo de competencias emocionales en todas las personas que les permita, de una parte mejorar su competencia en la actividad profesional y, de otra, aumentar su bienestar.

El método de pensamiento emocional se estructura en siete competencias emocionales, cuatro de las cuales se refieren al desarrollo de competencias referidas a uno mismo: autoconocimiento, autoestima, control emocional y motivación; y otras tres referidas a competencias en relación con los demás: conocimiento del otro, valoración y liderazgo. Este conjunto de competencias fueron el resultado de un estudio de la bibliografía más destacada en el momento y de la experiencia en la formación de profesionales con anterioridad a la fecha referida.

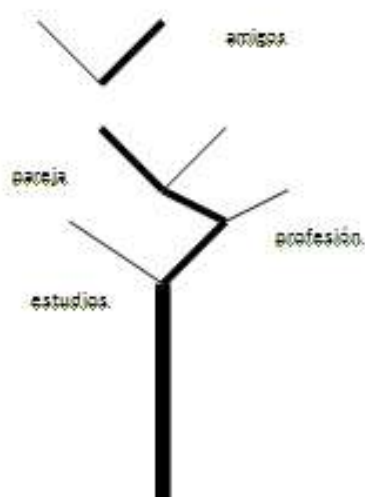
##### 4.1. AUTOCONOCIMIENTO

La primera de ellas, es el autoconocimiento personal. Todo proyecto y, especialmente, todo proyecto personal y profesional debe iniciarse con una revisión de la situación de partida sobre la que determinar las actividades subsiguientes. En tal sentido, el método de pensamiento emocional propone a los profesionales de enfermería una reflexión sobre su propia existencia, sobre su propia actividad, sobre su propia vida de relación. Para ello, el método propone la reflexión diaria, al inicio y al final de la jornada, el aprovechamiento de tiempos de silencio, y, a ser posible, el uso del diario como elemento de reflexión y de mejora. Las teorías de Schön (1983) sobre la reflexión en la acción se plasman en el método de pensamiento emocional en forma de diario o en forma de autobiografía como nos dirá Damasio “Las autobiografías están hechas de recuerdos

personales, son la suma total de todo cuanto han sido vivencias y experiencias de nuestra vida” (Damasio, 2010: 319).

El método nos propone un conjunto de ejercicios y de técnicas entre las que podemos destacar la técnica del *Mapa Emocional*. Esta técnica consiste en dibujar un gráfico elaborado con rectángulos, que representan las emociones, los sentimientos o los rasgos de personalidad y líneas de flecha, que indican acciones y relaciones. Esta técnica toma de los mapas conceptuales de Novak (1998) la disposición plástica y la idea de la *cartografía emocional* de Soler y Conalga (2004) a la que se añade el autoconocimiento emocional.

Otra técnica es la denominada como el *Árbol vital*. Muchas veces los profesionales pensamos que nos hemos equivocado. Por este motivo, es importante que analicemos a través de un gráfico como el que muestra la figura, esos puntos de inflexión y que reconozcamos que en todo momento que no nos equivocamos, que en su momento decidimos en virtud de la información que teníamos. La felicidad, el bienestar viene determinado por nuestras creencias (Cardenal, 1999) y ellas se ven condicionadas por la percepción de los errores cometidos (Fig. nº 4).



**FIGURA 4.** EL ÁRBOL VITAL (HUÉ, 2007: 63)

En cualquier caso, el autoconocimiento es la puerta del método de pensamiento emocional y la base del bienestar de los profesionales que se deriva de su puesta en práctica.

#### 4.2. AUTOESTIMA

La segunda de las competencias emocionales se refiere a la valoración personal, a la autoestima. En la práctica profesional se advierte cómo un buen número de profesionales tienen un bajo concepto de sí mismos. La historia social en la que los profesionales nos hemos desenvuelto ha tenido muy en cuenta la evaluación y los profesionales somos personas acostumbradas a evaluarnos, a compararnos con criterios de excelencia o incluso, de perfección. Precisamente, esta palabra perfección y perfeccionismo sale

con frecuencia en las actividades formativas con los profesionales, también aquellos profesionales de enfermería. Parece como si los profesionales tuviéramos la obligación de ser perfectos y más en el mundo de la enfermería donde siempre nos hemos sentido un poco inferiores a los médicos.

Pero, qué es la autoestima. “La autoestima es un sentimiento profundo que hunde sus raíces en la infancia y que tiene relación con la percepción que hacemos de la estima que los demás tienen de nosotros” (Hué, 2008: 161). Es evidente que al hablar de valoración nos referimos a un modelo o norma con la que nos comparamos. Por esto, es tan importante la reflexión personal sobre nuestras capacidades y defectos, y asumir un nivel importante de valoración positiva de nosotros mismos. La valoración de nuestras competencias es siempre subjetiva y viene determinada por la influencia de nuestro entorno, especialmente, nuestro entorno infantil (Díaz-Aguado, 2003).

El optimismo, esa capacidad de analizar siempre el lado positivo de las cosas y de los acontecimientos es una percepción subjetiva que es aprendida en los primeros años de la vida. Ahora bien, la autoestima y el optimismo se pueden modificar y, en ese sentido, el método de pensamiento emocional nos presenta un conjunto de actividades para que los profesionales que tenemos una autoestima baja o que tenemos un estilo de pensamiento pesimista consigamos cambiarlo.

El primer paso que nos propone el método de pensamiento emocional es la valoración adecuada de nuestras capacidades y competencias. Valoración adecuada, significa, que debemos ser objetivos en la evaluación de las mismas, pero entendiendo que son en sí mismas un valor. “La mayor parte de nosotros hemos sido educados en la creencia de que elogiarnos a nosotros mismos es un acto de inmodestia, de tontería y de humillación” nos decía Steiner (Steiner, 2002:144-145).

Con frecuencia no valoramos de forma suficiente las cosas y habilidades que poseemos. Entre los ejercicios que propone el método de pensamiento emocional se encuentra el ejercicio del diez. Consiste, en conseguir que mirándonos a los ojos, todos los participantes, uno a uno diga a los demás la frase: ¡Yo valgo 10! Al principio, se observa, casi todos son remisos a decir esa nota tan alta referida a uno mismo, pero cuando se establece un clima de respeto y de apoyo mutuo, todas las personas logran afirmar que su valor es de 10. Eso no significa que todos los profesionales tengamos las mismas competencias y capacidades, sino que todas las personas, por el mero hecho de serlo tenemos un conjunto de valores que alcanzan esa nota. Una cosa es el valor como personas, todos valemos 10, y otra cosa es el valor de nuestra conducta. No obstante, todos tenemos vida, y además, en la mayor parte de los casos contamos con la vista, el oído, unas piernas, y, también, tenemos un nivel de vida con alimentación sana y diaria, vestido, cobijo, salud, etc. que debemos valorar.

#### 4.3. CONTROL EMOCIONAL

El mayor o menor control emocional será el que determine nuestro nivel de bienestar como personas y como profesionales. Precisamente, el malestar de los profesionales se mide por las reacciones negativas fruto de un bajo control emocional. Las emociones son manifestaciones fisiológicas primarias que facilitan la adaptación y la supervivencia de los seres vivos. Las emociones permiten a los animales sobrevivir al disponer en su organismo de toda la energía en el sistema muscular para actuar, y en los órganos sensoriales para percibir. De este modo, a través de los centros cerebrales correspondientes al cerebro emocional en el ser humano, la activación de las cápsulas suprarrenales emiten a la sangre altas cantidades de cortisol que facilitan una rápida



respuesta en el organismo (Servan-Scheiber, 2004). Pero, al disponer de toda la energía para los músculos, se obtiene una privación en la irrigación del resto de los órganos y sistemas siendo el sistema digestivo y el sistema nervioso los más afectados. De ahí que en situaciones de estrés, con alto consumo de energía, los profesionales generamos todo tipo de trastornos que son, en definitiva, un reflejo de que estamos haciendo una mala gestión de nuestros recursos energéticos (Soler y Conalga, 2004). Pero sobre todo, sin darnos cuenta, la energía que en una situación de estrés prolongado podemos tener los profesionales, es restada al cerebro consiguiendo una capacidad de razonamiento, de decisión y de afrontamiento de los problemas muy inferior a la que estaríamos habituados con la consiguiente merma en la calidad de la práctica profesional.

El descontrol emocional de los profesionales se produce fundamentalmente por la falta de adecuación de nuestro hacer como personas a aquel ideal que nos gustaría ser. Por este motivo, el método de pensamiento emocional nos ayuda a gestionar nuestras emociones y sentimientos negativos, como el miedo que es aquella emoción que nos hace luchar o atacar, huir o quedarnos paralizados Bizkarra (2005). Muchas veces los profesionales sentimos miedo y en otras ocasiones nos ponemos barreras para defendernos y luego esas mismas barreras no nos dejan crecer. El estrés es ese sentimiento que tenemos las personas cuando nos vemos presionados, sobrecargados de obligaciones, especialmente entre los profesionales de enfermería. Cuando esto ocurre las visitas al médico aumentan porque somos más sensibles a la aparición de enfermedades. La ansiedad es ese sentimiento indefinido que nos hace estar alerta sin saber muy bien la razón que la provoca. Esa situación nos hace consumir energías que podríamos dedicar, por ejemplo, a mejorar nuestra vida de relación o los hobbies que tenemos aparcados. Y, a veces, el miedo entre los profesionales se convierte en angustia. Pero, la peor reacción del de las profesionales es la depresión (Bizkarra, 2005).

Por ello, el método de pensamiento emocional propone actividades de control físico y de control mental. El control físico es la primera de ellas. Todos los profesionales cuando nos relacionamos con otras personas utilizamos como maquinaria nuestro propio cuerpo. Según nos presentamos, las otras personas advierten nuestro estado de ánimo, el nivel de autoestima, nuestra capacidad de control emocional, nuestro nivel de motivación, etc. Aunque deseemos que ellos no adviertan nuestras sensaciones y pensamientos, los demás los descubren fácilmente porque nuestras reacciones emocionales no se pueden ocultar. Este es el motivo por el que los profesionales debemos aprender a tener el máximo control sobre nuestro cuerpo. Para ello, el método de pensamiento emocional, nos propone un conjunto de técnicas a desarrollar que nos permitirán mejorar nuestro control físico. Así, aprender a hacer ejercicios de relajación y respiración, como nos indican. El ejercicio físico, especialmente caminar y hacer deporte que no requiera grandes esfuerzos; ejercicios aeróbicos, yoga, tai-chi o pilates; o también, aromoterapia, acupuntura u otras técnicas como las que nos indica Servan-Scheiber (2004).

Pero, más importante que el control físico es el control mental. El método de pensamiento emocional fomenta la reflexión, el cambio cognitivo como medio para cambiar las emociones y sentimientos negativos en otros positivos. El estilo cognitivo de los profesionales es determinante del control emocional por lo que el método de pensamiento emocional propone un conjunto de ejercicios para establecer ese cambio.

Finalmente, el método de pensamiento emocional nos propone desarrollar las doce recomendaciones que Albert Ellis (1989) indicaba que posee una persona equilibrada: "Siente interés por sí mismo. Tiene intereses sociales. Es responsable de

sí mismo. Es tolerante con los errores. Es flexible. Vive el presente. Realiza actividades. Practica el pensamiento racional. Se acepta a sí mismo. Toma decisiones. Acepta el término medio. Se responsabiliza de su vida” (Ellis, A. y Dryden, W. 1989,28-30).

#### 4.4. MOTIVACIÓN

Finalmente, el método de pensamiento emocional nos advierte que si hemos desarrollado de forma suficiente las tres anteriores competencias emocionales estaremos en la mejor disposición de mostrarnos como personas motivadas, inquietas, entusiastas. Según el Dr. Bisquerra la motivación es “un constructo teórico-hipotético que designa un proceso complejo que causa la conducta” (Bisquerra, 2000:165). Esto es, la motivación es una actitud positiva a hacer cosas, a movernos hacia algún sitio, cosa o persona, a no permanecer inactivos, sino interesados en hacer actividades que nos beneficien a nosotros mismos o a los demás.

Quizá el enemigo más importante de la motivación sea la procrastinación. El método de pensamiento emocional hace suyas las recomendaciones de Gaja (2001) que propone cuatro acciones para contrarrestar esa tendencia postergatoria: establecer un horario; hacer aquellas cosas que para las que estemos menos motivados; contrarrestar los pensamientos negativos; y no buscar excusas. Pero, el hecho de tener menos energía no indica que no tengamos energía. La energía se obtiene de la propia actividad, pues la actividad humana genera endorfinas que son las encargadas de encontrar satisfacción en las cosas que hacemos y de ayudarnos a repetir las una y varias veces más. Lo difícil será, por tanto, poner en marcha la máquina de la motivación, como era difícil muchas veces poner en marcha el tractor o el coche en invierno.

Por otra parte, este método asume las recomendaciones de muchos autores como son: las recompensas afectivas; la retroafirmación positiva; la autonomía y sentimiento del control de la propia conducta; la conciencia de poder alcanzar los propios objetivos; y las autoteorías positivas sobre uno mismo.

La motivación de los profesionales debe partir de una primera motivación vital, de un proyecto vital. En tal sentido, el método de pensamiento emocional nos propone elaborar un proyecto de vida (Rojas, 2002), un proyecto que por encima de la edad que tengamos dé sentido a nuestra vida.

Por todo ello, la segunda acción que tendríamos que hacer es determinar nuestras metas. José Antonio Marina (2004) nos indica que muchas veces o no sabemos qué hacer, o sabemos qué hacer y no sabemos cómo, o sabemos el qué y el cómo, pero no nos atrevemos. Entonces, lo que tenemos que hacer es proponernos metas alcanzables. La tercera acción será plantear una estrategia. Una vez elegida la meta, será preciso conocer cuáles son las herramientas para conseguirla y establecer acciones y plazos, y a este fin, tendremos que ser buenos gestores de nuestro tiempo. En orden a conseguirlo será bueno que conozcamos en qué se nos va el tiempo a través de unas gráficas que nos presenta el método de pensamiento emocional o podremos, también, utilizar el diario como nos recomiendan muchos psicólogos. La cuarta, es la toma de decisiones. Es importante que los profesionales aprendamos a tomar decisiones una vez analizadas las opciones que se nos presentan al alcance.

Finalmente, el método de pensamiento emocional nos propone la elaboración de un DAFO emocional (Hue, 2007), esto es, valorar nuestras fortalezas, debilidades, así como las oportunidades que tengamos junto al conocimiento de las amenazas que puedan debilitarlas.

Muchas veces los profesionales conocemos nuestras fortalezas y debilidades, pues somos personas críticas y autocríticas, pero, muchas veces, también, desconocemos las oportunidades que para mejorar nuestra situación vital y profesional se nos presentan y, son éstas, las oportunidades mediatizadas por las amenazas las que pueden dar un giro total a nuestra vida. Estas oportunidades pueden venir a veces de realizar los estudios de grado de Medicina, o algún máster en enfermería, o colaborar en una consulta, o dar clases en algún centro, o cualquiera otra actividad que no tenga relación con nuestra profesión pero que nos llene de verdad como hacer algún pequeño arreglo en la casa, o ayudar a nuestros/as hijos/as en algún negocio que quieren iniciar, o de implicarnos en una ONG o simplemente, profundizar en nuestras relaciones familiares y amistades.

#### 4.5. CONOCIMIENTO DE LOS DEMÁS

El conocimiento de los demás será la primera de las competencias emocionales referidas a los demás y se basa en la denominada *inteligencia social* que se fundamenta en estudios como los que describe Damasio (2005). Morgado, por su parte, nos dice que “por inteligencia social entendemos la capacidad de un individuo para relacionarse satisfactoriamente con los demás, generando apego y cooperación y evitando conflictos” (Morgado, 2007: 147). Goleman (1997), por otro lado, señala que existen dos circuitos o vías que son responsables de la conducta interpersonal: la vía inferior que guarda relación con los aspectos inconscientes, y, por ello, mucho más rápida en las relaciones interpersonales y que tienen su sede en las llamadas *neuronas espejo*; y la vía superior que tiene relación con los aspectos conscientes de las relaciones interpersonales y que se rige especialmente por la corteza orbitofrontal del cerebro.

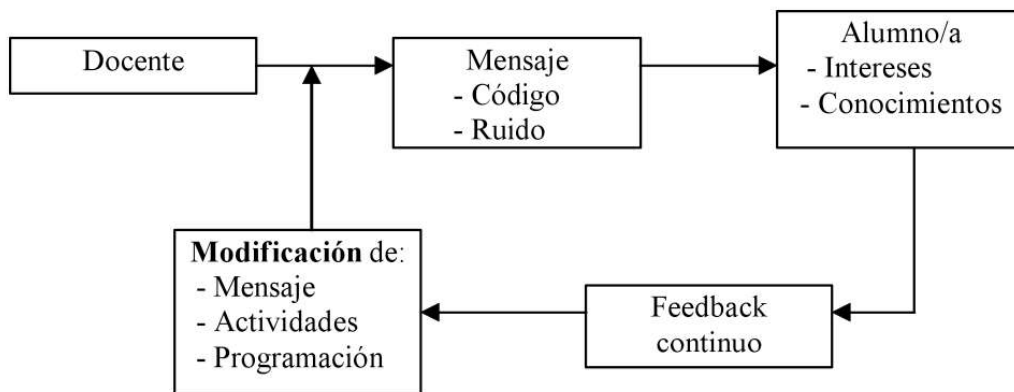
Partiendo de los planteamientos de la inteligencia social, el método de pensamiento emocional desarrolla un conjunto de ejercicios para alcanzar el conocimiento de los demás. Para ello, nos propone conocer sus características, algo básico para conseguir la mejor atención a nuestros pacientes. También es importante el conocimiento de las aptitudes diferenciales de cada una de las personas que nos rodean ya sean familiares, amigos o vecinos. Del mismo modo, se hace imprescindible conocer sus intereses, en aprender aquellos aspectos relevantes para su vida personal, o el deseo de obtener apreciaciones positivas, preservar e incrementar su autoestima.

Otro aspecto importante que el método de pensamiento emocional presenta dentro de esta competencia es el desarrollo de la empatía. La empatía, nos dicen López y otros (2006: 73) es “la capacidad de darse cuenta de lo que las otras personas están sintiendo y compartir estos sentimientos en algún grado”. Dice Damasio (2005) que las investigaciones más recientes en neurofisiología nos indican que la base de la empatía se encuentra, en zonas concretas de nuestro cerebro. En este sentido, Morgado (2007) nos habla de que cuando imitamos las emociones de otras personas se activan las mismas regiones de la corteza cerebral que las procesan. Por tanto, la fuerza de la empatía, veremos, es el motor fundamental de las relaciones sociales y la base una de las bases más sólidas sobre las que se fundamenta el bienestar de los mayores.

Para conseguir esta empatía el método de pensamiento emocional se basa en dos aspectos importantes. El primero de ellos, ya lo hemos considerado, el conocimiento de las características de los demás; el segundo será la comunicación total o dialogicidad.

El centro de salud, el hospital al igual que el barrio, la calle, el edificio de viviendas son en suma espacios de comunicación. Por este motivo, todos los métodos

señalan la importancia de los diferentes elementos que intervienen en la comunicación. Sin embargo, el método de pensamiento emocional presenta además de los elementos tradicionales el término de la *modificación* como elemento esencial en la comunicación total que lleva a la empatía como se aprecia en la Figura nº 5.



**FIGURA 5. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN DIDÁCTICA (HUÉ, 2008:280)**

Se afirma, con esta figura, que sólo se establece comunicación entre dos personas si como fruto del feedback existe algún tipo de modificación en el emisor, en nuestro caso, en las/os enfermeras/os. De no existir modificación alguna, no habría comunicación. Cuando dos personas hablan, no basta con que una entienda lo que dice la otra, debe darse alguna modificación en el discurso de la primera en función de la respuesta dada por la segunda. Si la primera continúa con el discurso que previamente se había fijado, no habrá verdadera comunicación, sino una simple exposición por parte de la primera persona.

Por otro lado, este método va a desarrollar todo tipo de ejercicios que mejoren tanto la comunicación verbal, como la comunicación no verbal. Respecto de la comunicación verbal este método la desarrolla siguiendo estos puntos como son: aprender a escuchar; dar valor a nuestras palabras; utilizar un lenguaje claro y apropiado; usar ejemplos; considerar los sentimientos y emociones; y preocuparse porque la otra persona entienda. Respecto de la comunicación no verbal el método presenta un conjunto de ejercicios destinados a valorar la importancia de cómo nos presentamos ante los demás, a que utilicemos el espejo, la videocámara, la evaluación de nuestros propios familiares y vecinos u otros ejercicios. El método de pensamiento emocional hace una especial incidencia en analizar y modificar nuestro estilo de comunicación haciéndolo cada vez más asertivo.

### *La asertividad*

La asertividad es la competencia emocional que a diferencia de la sumisión o la agresión hace valer sus derechos, su personalidad, sus ideas, pero sin someterse o colocarse por encima de la otra persona con actitudes violentas. Las personas asertivas

han aprendido a dialogar sin imponer y ser sumisos, a defender sus ideas con tolerancia y respeto sí, pero también con valor y decisión.

#### 4.6. VALORACIÓN DEL OTRO

Hemos considerado en el punto anterior la competencia de conocer a los demás. Esta competencia, veremos, es muy importante a la hora de establecer un rapport positivo con los pacientes; sin embargo, además de conocer a los otros, debemos aprender a valorarlos. No olvidemos que la mayor o menor cohesión en un centro de salud, en un hospital dependerá del sentimiento de pertenencia de pacientes y personal sanitario al grupo, y que esto depende del sentimiento de sentirse valorados unos por otros. Este, por tanto, es el objetivo de esta nueva competencia que hemos denominado genéricamente valoración del otro. Estar atento a las emociones y sentimientos de los pacientes y sus familias será la mejor forma de valorarlos, de demostrar nuestra estima por ellos. A tal fin, el método de pensamiento emocional nos propone determinadas prácticas.

Una de ellas es la sonrisa. Una persona sonriente consigue dos cosas. La primera, hacerse con los demás, y también, sentirse mejor. La segunda, moviliza recursos fisiológicos personales que promueven en su organismo la generación de neurotransmisores positivos como pueda ser la dopamina.

Otra es el piropo español, el halago con la palabra. El piropo no es más que una caricia verbal pero que en el método de pensamiento emocional adquiere rango de técnica específica. Todas las personas hemos comprobado cómo cuando decimos palabras positivas los demás reaccionan mejor que sobre la crítica o la descalificación. Incluso las palabras positivas pueden tener mayor efecto que la rectificación pausada, tranquila, cariñosa. Una/un enfermera/o encuentra palabras adecuadas todos los días para la mayor parte de las personas a su alrededor. Este sería el piropo positivo. Hay otro, el negativo, que consiste en decir palabras, muchas veces soeces, con intenciones torticeras. En este caso, no se considerarían piropos, sino una forma de acoso, de agresión.

#### 4.7. LIDERAZGO

El liderazgo es la competencia que más contribuye al bienestar de las personas. El liderazgo no es ser jefe o jefa de nadie. El liderazgo es la capacidad de influir en los demás, la habilidad que consigue que los compañeros o pacientes nos hagan caso. Muchas personas dicen que no quieren ser líderes, que no quieren mandar, que no quieren tener puestos de mando.

El liderazgo es la habilidad para “hacerse” con los pacientes. Pero, la autoridad no es lo mismo que el poder. El poder es la fuerza por la que una persona domina a otras; mientras que la autoridad es fruto de la confianza que los demás depositan en una persona concreta. En tal sentido, es preciso que distingamos entre autoridad y poder, entre *auctoritas* y *potestas*. La *potestas*, es el poder de los que mandan y es consecuencia de una situación social de privilegio, como pueda ser en la política o la empresa. La *auctoritas*, la autoridad, es la ascendencia sobre los demás, se consigue a partir de la confianza que podamos conseguir de los demás y nace del conjunto de todas las competencias emocionales, nos dice el método de pensamiento emocional.

Pero el método de pensamiento emocional, además, nos indica dos tipos de liderazgo en los centros sanitarios. El liderazgo efectivo que es el que puede ejercer por ejemplo, una enfermera que tiene más conocimientos de quirófano que los demás. Este es un liderazgo que depende de las capacidades, de las competencias y habilidades de los profesionales. Pero hay otro liderazgo que llega a ser más importante, el liderazgo afectivo que tiene que ver con la capacidad para que consigamos desarrollar un buen clima en nuestro centro de trabajo, familia, grupo de amigos o vecindario consiguiendo que cada una de las personas pueda desarrollar todo su potencial como ser humano, incluidos, por qué no, nuestros pacientes.

El liderazgo afectivo viene caracterizado por cualidades como el entusiasmo, la creatividad, la proactividad, la capacidad para fomentar el diálogo, la capacidad para fomentar el trabajo en equipo, la capacidad para fomentar el espíritu crítico, la capacidad para fomentar en los demás la toma de decisiones, y por encima de todas, la capacidad para inspirar confianza entre los demás.

## 5. CONCLUSIÓN

Hemos considerado en este artículo la importancia de la gestión de las emociones en el ámbito de la salud y, específicamente, en el ámbito de la práctica profesional de enfermería. La curación es un proceso fisiológico que puede verse ayudado por aspectos emocionales positivos inducidos en mayor medida en los hospitales por las/os enfermeras/os. Y, para ello, hemos utilizado el método de pensamiento emocional que puede servirnos en la formación del personal de enfermería en esa gestión positiva de las emociones y sentimientos.

Por ello, como señala Paula Diogo “o cuidado afetivo, e o processo que encerra, é uma habilidade relacional subjetiva como componente do trabalho emocional dos enfermeiros, dando visibilidades à dimensão emocional das intervenções dos enfermeiros frequentemente desvalorizada, e que urge significar e tomar consciente nos cuidados de saúde através de mais investigação e da reflexão sobre a prática” (Diogo, 2017:40).

Es por tanto, responsabilidad tanto del sistema educativo universitario, como de los sistemas de salud poner en práctica la recomendación hecha por la Dra. Diogo de incrementar la formación, la reflexión sobre la práctica y la investigación sobre cómo las emociones positivas en enfermeras/os y pacientes puede mejorar el proceso de recuperación de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BISQUERRA, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- BIZKARRA, K. (2005). *Encrucijada emocional*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- CARDENAL, V. (1999). *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez emocional*. Málaga: Aljibe.
- DAMASIO, A. (2005). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.
- DAMASIO, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2003) *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Madrid: Pirámide.
- DIOGO, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa, Lusodidacta.
- DIOGO, P.(2017). *Investigar os fenómenos emocionais de prática e da formação em enfermagem*. Lisboa, Lusodidacta
- GAJA, R. (2001). *Bienestar, autoestima y felicidad*. Barcelona: Plaza y Janés.
- ELLIS, A. y DRYDEN, W 1989:28-30. *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.)
- GOLEMAN, D. (1997). *La Inteligencia emocional* Barcelona: Kairós.
- GOLEMAN, D. (2006). *La inteligencia social*. Barcelona: Kairós.
- HUÉ, C. (2007). *Pensamiento emocional*. Zaragoza: Mira Editores.
- HUÉ, C. (2008). *Bienestar docente y pensamiento emocional*. Madrid: Wolters Kluwer.
- LÓPEZ, F., CARPINTERO, E., CAMPO, A., SORIANO, S. y LÁZARO, S. (2006). La empatía y el corazón social inteligente. Cuadernos de pedagogía nº 356.
- MARINA, J. A. (2004). *La inteligencia fracasada*. Barcelona, Azagra.
- MORGADO, I. (2007). *Emociones e inteligencia social. Las claves para una alianza entre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Ariel.
- NOVAK, J.D., (1998). *Conocimiento y aprendizaje: los mapas conceptuales como herramientas facilitadoras para escuelas y empresas*. Madrid: Alianza.
- ROJAS, E. (2002): *El hombre Light*. Madrid: Temas de hoy.
- SERVAN-SCHEIBER, D. (2004). *Curación emocional*. Barcelona: Kairós.
- SOLER, J. y Conangla, M. (2004). *La ecología emocional. El arte de transformar positivamente las emociones*. Barcelona: Amat.
- SCHÖN, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Bassic Books Inc. Publishers.
- STEINER, C. (2002). *La educación emocional*. Madrid: Summa.

