

Inteligencia Emocional y sus aplicaciones en Salud Publica

Elaborado por: Carmen Torres Castro

Psicóloga- Antropóloga

Psicoterapeuta

Lima-Perú

2026



¿De donde viene el nombre de Inteligencia emocional?

- **El verdadero origen del término**• Los creadores: El concepto fue acuñado en 1990 por los psicólogos **Peter Salovey** (de la Universidad de Yale) y **John Mayer** (de la Universidad de New Hampshire), quienes publicaron un artículo científico pionero sobre el tema.•
- **Precursores:** Años antes ya existían ideas cercanas, como la inteligencia social de **Edward Thorndike** (1920) o las inteligencias múltiples de **Howard Gardner** (1983)
- **Daniel Goleman** no fue quien inventó el término «inteligencia emocional», sino quien lo popularizó a nivel mundial.

Goleman, trabajaba como periodista científico en **The New York Times** al conocer las investigaciones de **Salovey y Mayer** y ver su potencial, investigó el tema a fondo y publicó su libro **Inteligencia emocional**.

El libro se convirtió en un **bestseller** global y llevó un concepto académico de los laboratorios de psicología al terreno de la educación, la empresa y la vida cotidiana.

¿Por qué se le conoce a Goleman como el padre de la Inteligencia emocional?

- Mientras **Salovey y Mayer** proponían un modelo basado estrictamente en habilidades cognitivas y emocionales medibles
- **Goleman** propuso un modelo mixto que mezcla rasgos de la personalidad, la motivación, la empatía y las habilidades sociales.

¿QUE ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?

La **Inteligencia emocional** es un término acuñado por los psicólogos Peter Salovey y John Mayer pertenecientes a la Universidad Yale en 1990 y difundida a todo el mundo por el psicólogo periodista y filósofo Daniel Goleman en 1996 a través de su libro con el mismo nombre y en inglés "Emotional Intelligence".

Three portrait photographs of the psychologists mentioned in the text. The top row shows Peter Salovey on the left and John Mayer on the right. The bottom row shows a larger portrait of Daniel Goleman on the left.

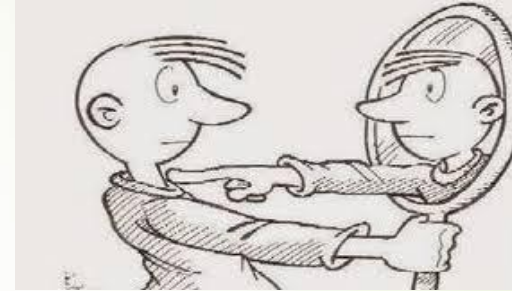
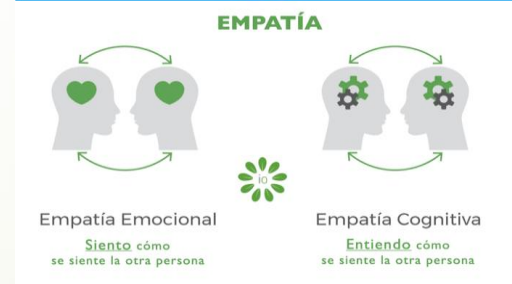
Fundamentos de la Inteligencia Emocional en Salud Pública

- Los fundamentos se basan en la capacidad de **reconocer, gestionar y aplicar las emociones** para mejorar la atención médica, de profesionales de salud y del personal técnico, con el fin de reducir el desgaste del personal y optimizar la relación entre el **Estado y la ciudadanía**



Puntos de Apoyo

- **Autoconciencia:** Reconocer las propias emociones y el impacto que tienen en la toma de decisiones clínicas y administrativas.
- • **Autorregulación:** Controlar los impulsos y manejar el estrés ante situaciones críticas o de alta presión laboral.
- • **Empatía:** Comprender el sufrimiento y las necesidades de los pacientes y usuarios para ofrecer una atención más humana y sensible.
- • **Habilidades sociales:** Facilitar la comunicación efectiva, el trabajo en equipo interdisciplinario y la resolución pacífica de los conflictos



Aplicación para el Sector Salud

- **Prevenir el Síndrome de Burnout:** Ello mitiga el desgaste profesional, la despersonalización y la fatiga.
- **Calidad del servicio:** Fomenta un trato digno y asertivo hacia los usuarios de los servicios públicos de salud, mejorando la confianza en las instituciones.
- • **Gestión de crisis:** Permite mantener la claridad mental y la estabilidad emocional durante emergencias sanitarias o escasez de recursos

**Comunicación en situaciones complejas**

**Paciente con limitaciones para la comprensión.**

- Usa lenguaje sencillo y claro.
- Habla despacio, usa repeticiones.
- Utiliza dibujos o ayudas visuales.
- Asegura la comprensión del paciente.

**Paciente ansioso.**

- Escucha activamente y sin juzgar.
- Valida sus sentimientos: "Entiendo que estés nervioso".
- Proporciona información paso a paso.
- Utiliza un tono de voz calmado.



**Paciente frágil.**

- Establece contacto visual a su nivel.
- Muestra empatía y comprensión.
- Involucra a la familia si es posible.
- Cuida la comunicación no verbal.

**Situaciones de agresividad.**

- Mantén la calma y la compostura.
- Escucha los motivos de la molestia.
- No respondas con agresión ni gritos.
- Establece límites claros y firmes.
- Busca ayuda si es necesario.



El enfoque de la inteligencia emocional para el personal de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, técnicos) se centra en la resiliencia, la reducción del burnout y la comunicación asertiva bajo condiciones de alta presión



Auto Gestión Emocional para personal de salud

- **Regulación Emocional** a través de:
- • **Sesiones de "Descompresión" Post-Turno:** Breves reuniones de 10 a 15 minutos al finalizar la jornada (o tras un evento crítico). El equipo comparte cómo se siente emocionalmente en un espacio seguro, validando el cansancio o la frustración antes de irse a casa.
- • **Minutos de Atención Plena (Mindfulness) Guiada:** Prácticas de 3 a 5 minutos de respiración diafragmática antes de iniciar el pase de lista o el turno en urgencias. Ayuda a transicionar el estrés externo al enfoque clínico.
- 3. **Comunicación Empática y Relacional.** Para lo cual se requiere la práctica del desarrollo de la Empatía y de la Comunicación Asertiva, con simulación de roles.

Técnica de Juego de Roles

Role-playing de Casos Difíciles:

Son ejercicios prácticos donde los profesionales actúan en escenarios de alta tensión emocional.

Por Ejemplo: Comunicar una mala noticia (fallecimiento, diagnóstico grave) o atender a un paciente/familiar agresivo

- Luego **se analiza el lenguaje no verbal y el tono de voz empleado**. También se puede aplicar el método de la **"Escucha Activa Reflejada"**: Talleres breves donde un clínico repite con sus propias palabras lo que el paciente o compañero acaba de expresar ("Lo que entiendo es que te sientes frustrado porque...") antes de ofrecer una solución médica. **Esto reduce la actitud defensiva.**

Atención al Paciente Difícil y Resolución de Conflictos

- Para un hospital oncológico como el INEN, este diseño de capacitación se ha elaborado abordando de forma prioritaria la fatiga por compasión, el duelo acumulativo y la alta demanda en la comunicación de malas noticias.
- El personal clínico en esta área enfrenta dilemas emocionales profundos de forma diaria (recidivas, transiciones a cuidados paliativos o decesos).



Autoconciencia y Fatiga por Compasión

El enfoque se dirige aprender a identificar los límites del desgaste empático, antes de llegar a la despersonalización

Ejercicios

Semáforo de Carga Emocional: Al inicio el que dirige el taller mapea en forma anónima al equipo de salud en qué nivel de saturación se encuentran frente a sus pacientes actuales, usando la metáfora del semáforo según sus luces verde, amarillo y rojo

Verde: conectado y con energía

Amarillo: cansado con riesgo de distanciamiento

Rojo : Saturado o afectado por un caso reciente
Sirve para visibilizar el desgaste y normalizar el apoyo mutuo.



Herramientas Clínica

- **Micro pausas de transiciones físicas.** Técnica de respiración de 1 minuto al lavarse las manos entre la habitación de un paciente con buen pronóstico y otro en fase terminal, para evitar el arrastre de emociones de una cama a otra.
- **Manejo de la Negación:** Cómo responder con empatía técnica cuando un familiar dice: "No le digan la verdad, él no lo va a soportar"...
- **La Transición:** Entrenar el cambio de un enfoque curativo a uno netamente paliativo sin usar palabras que transmitan abandono (reemplazar "**Ya no hay nada que hacer**" por "**Nuestro enfoque ahora será garantizar que no tenga dolor y pase este tiempo con calidad de vida**").

Enfoque:

Procesar la pérdida de pacientes con los que se han construido vínculos de meses o años.

- **Actividad Práctica:** Sesiones Flash de Descompresión Post-Deceso.

Protocolo de 10 a 15 minutos que realiza el equipo médico/enfermería de turno inmediatamente después del fallecimiento de un paciente de larga estancia.

No evalúa fallas clínicas, sino el impacto emocional de la pérdida en el equipo, validando la tristeza de forma abierta para evitar el duelo bloqueado

Quejas y Reclamos

- **Negociación o mediación en situaciones de tensión .**
- En un hospital oncológico, la tensión emocional es estructural: el miedo a la muerte, la incertidumbre del pronóstico y los efectos secundarios de los tratamientos colocan a pacientes y familiares en un estado de vulnerabilidad extrema. Cuando surge una queja o reclamo, la respuesta no puede ser puramente administrativa; debe ser un acto de Inteligencia Emocional.



El Marco Emocional del Reclamo en Oncología

- Detrás de una queja por un retraso en la quimioterapia o una mala contestación, casi nunca hay un simple deseo de litigar.

Suele haber:

- **Desplazamiento del dolor:** La ira contra la institución suele ser impotencia canalizada ante la enfermedad.
- **Sesgo de urgencia:** Para el familiar, cada minuto cuenta como si fuera el último; los tiempos hospitalarios se perciben como una negligencia.
- **Agotamiento del cuidador:** El "síndrome del cuidador quemado" detona crisis de control por detalles menores.





Protocolo de Mediación Basado en Inteligencia Emocional

Fase 1:

Desescalada y Autorregulación (El Profesional)

Antes de interactuar, el mediador o personal de atención debe gestionar su propio impacto emocional.

- **Validación interna:** Reconocer que el ataque no es personal, sino situacional.
- **Postura corporal neutra:**
- Evitar cruzar los brazos o mantener contacto visual desafiante.
- Usar un tono de voz bajo y pausado (efecto espejo inverso).

Fase 2

➤ **Escucha Activa Catártica** (El Paciente/Familiar)

Permitir que la persona vierta su frustración sin interrupciones iniciales.

➤ **Técnica del reflejo:** "Veo que esta situación le está causando muchísima angustia, y es completamente comprensible".

➤ • **Evitar la defensiva:** Nunca usar frases como "**Es que aquí seguimos las normas**" o "**Usted tiene que entender que hay más pacientes**". Eso rompe la alianza terapéutica.

Fase 3

• **Identificación del Interés Real**

(Separar la forma del fondo)

• **La Queja Explícita:** "El doctor llegó 45 minutos tarde a la consulta".

• **La Necesidad Implícita** (Miedo):
"Siento que el caso de mi madre no le importa a nadie y que está perdiendo un tiempo vital".

Fase 4

Negociación Colaborativa (Buscar soluciones)

En oncología, la negociación debe ser de gana-gana enfocada en el cuidado.

• **Coparticipación:** Involucrar al reclamante en la solución: "¿Qué le parecería si agendamos la quimioterapia en el primer turno de la mañana para evitar estos retrasos?".

• **Compromisos realistas:** No prometer curaciones ni saltos de protocolos médicos, sino mejoras en los canales de información.

TECNICAS DE NEGOCIACION EN CRISIS ONCOLOGICAS

HERRAMIENTAS	APLICACIÓN PRÁCTICA	OBJETIVO
Encuadre Positivo	<i>"Entiendo que exige este examen porque quiere asegurar el mejor bienestar para su esposo, y compartimos esa meta".</i>	Transformar la confrontación en un esfuerzo de equipo
Límites con empatía	<i>"Lamento profundamente el retraso. No puedo alterar el orden de la lista de urgencias, pero voy a quedarme aquí informándole cada 15 minutos".</i>	Sostener la norma hospitalaria sin deshumanizar el trato.
Usos de silencio	<i>"Callar durante 3-5 segundos tras un estallido de ira del familiar."</i>	Permitir que el reclamante escuche el eco de sus propias palabras y baje la intensidad



Beneficios Institucionales de la Mediación

- • **Reducción de la litigiosidad:** La mayoría de las demandas legales en salud nacen de una percepción de frialdad o desprecio, no del error médico en sí.
- • **Protección del personal** (Burnout): La oficina de calidad deberá contar con un personal entrenado en solución de conflictos quien absorberá menos el impacto del conflicto, sufriendo un menor desgaste por empatía.

PREGUNTAS DEL AUDITORIO

Test de BARON

