

FICHA TÉCNICA

AUTORES: RODRÍGUEZ, Alma M^a;
LLORENS, Susana y SALANOVA Marisa.

TÍTULO: Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo.

FUENTE: *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, nº 29, pág. 46, julio-agosto 2006.

RESUMEN: Son varios los estudios que abordan los riesgos psicosociales en el sector sanitario, pero pocos se centran en el aspecto emocional y menos aún desarrollan la fase de intervención. En este artículo, el equipo WoNT de Prevención Psicosocial evalúa la eficacia de un taller de trabajo o *workshop* sobre inteligencia emocional en enfermeras de un hospital. Los resultados obtenidos en la evaluación pre-intervención muestran altas demandas y pobres competencias emocionales, altos niveles de disonancia emocional y empatía (*sufrimiento empático*). Después del taller, se produjeron incrementos en competencia emocional, que podían influir en la disminución del *sufrimiento empático*.

DESCRIPTORES:

- Riesgos psicosociales.
- Intervención.
- Evaluación.
- Inteligencia emocional.
- Workshop.

Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo

El interés por los riesgos psicosociales, tan frecuentes en el sector sanitario, está aumentando. En la actualidad, no basta con su diagnóstico y evaluación, sino que es preciso dar un paso más: la intervención. Así se podrán desarrollar las estrategias más adecuadas para prevenir los posibles daños, además de optimizar la salud y el bienestar de los profesionales en los hospitales.

Alma M^a Rodríguez, Susana Llorens y Marisa Salanova, equipo WoNT de Prevención Psicosocial de la Universitat Jaume I de Castellón

Uno de los ámbitos en los que existe un gran número de demandas en el trabajo, básicamente de tipo emocional, es el sanitario. Diversos estudios se centran en las características de la organización y del trabajo, y en cómo éstas afectan a diferentes aspectos, por ejemplo, la motivación intrínseca por el trabajo o la satisfacción laboral en enfermeras (G. E. R. Tummers, J. A. Landeweerd y G. Van Merode, 2002). También se han realizado investigaciones que prueban que el apoyo organizacional percibido por las enfermeras está relacionado con su salud y su satisfacción laboral (J. R. Bradley y S. Cartwright, 2002).

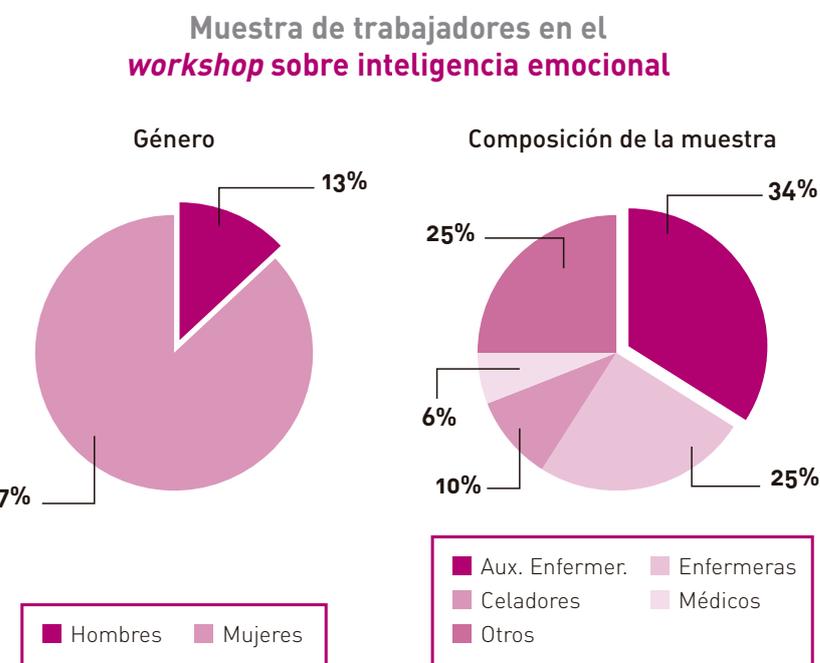
Pero es menor la investigación en el campo emocional y los problemas derivados de las elevadas demandas emocionales propias de este tipo de trabajo, como la existencia del contagio de emociones, por ejemplo, el *burnout* en enfermeras de las unidades de cuidados intensivos (A. B. Bakker, P. M. Le Blanc y W. B. Schaufeli, 2005).

Aunque en los últimos años se está dando una mayor relevancia a la evaluación de los riesgos psicosociales en este contexto laboral, existe poca investigación en España sobre las demandas y los riesgos en el ámbito emocional propios del sector sanitario. Y si la evaluación continúa siendo insuficiente, la intervención a raíz de dicha evaluación de riesgos psicosociales es igualmente poco frecuente, pero necesaria.

El objetivo del presente artículo es evaluar la eficacia de un *workshop* sobre inteligencia emocional en enfermeras de un hospital¹, a la vez que se muestra el procedimiento llevado a cabo en este proceso de evaluación de riesgos psicosociales e intervención² en 45 profesionales sanitarios de un hospital español.

1 Los autores de este artículo han desarrollado un amplio estudio, gracias a una ayuda de investigación recibida por la Fundación Bancaixa, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

2 El proceso de intervención y evaluación del impacto de las intervenciones en las variables de salud ocupacional fue elaborado en el marco del paradigma de la metodología fenomenológica de investigación-acción. Este enfoque de los fenómenos organizacionales supera el doble propósito de aunar la transformación práctica y de avanzar en conocimiento (C. Huxham y S.



La inteligencia emocional puede definirse como la habilidad para percibir, comprender, regular y utilizar las emociones de manera adaptativa en la propia persona y en los demás (P. Salovey y J. D. Mayer, 1990). Existe evidencia empírica de que la inteligencia emocional puede conceptualizarse como una competencia del trabajo emocional. J. D. Mayer, D. R. Caruso y P. Salovey (1999) hacen referencia a "...*todos aquellos procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión*

emocional asociados con el logro de otros objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden" (D. Martínez-Iñigo, 2001).

Metodología

La evaluación de riesgos psicosociales en Tiempo 1 (T1) se realizó mediante el pase del cuestionario RED.HOS (Recursos, Emociones y Demandas, WoNT_Prevención Psicosocial³) a una muestra formada por 45 trabajadores (personal sanitario y no sanitario) de los cuales el 13 por ciento fueron hombres y el 87 por ciento mujeres, pertenecientes a un hospital de la Comunidad Valenciana.

La media de edad fue de 44 años. La muestra estuvo comprendida mayoritariamente por auxiliares de enfermería, seguida por enfermeras (DUE), celadores, médicos y otros (personal de farmacia, fisioterapeutas, pinches), como se puede ver en la figura 1.

3 El cuestionario RED.HOS se encuentra disponible en www.wont.uji.es

TABLA 1

Fases del estudio

Fase 1:	Evaluación de riesgos psicosociales (Tiempo 1)
Fase 2:	<i>Feedback Survey</i>
Fase 3a:	Intervención: Diseño e implementación del <i>workshop</i>
Fase 3b:	Intervención: Evaluación <i>pre-workshop</i> y <i>post-workshop</i>
Fase 4:	Evaluación de riesgos psicosociales (Tiempo 2)

Investigación en cuatro etapas

El procedimiento llevado a cabo consistió en cuatro fases (Tabla 1), que se detallan a continuación:

- > **Evaluación de riesgos psicosociales (fase 1, T1):** tras el análisis de los resultados obtenidos de esta evaluación en T1, se realizó un informe destinado a la dirección del hospital, con el objetivo de establecer propuestas de mejora y de intervención/prevenición acorde con los resultados obtenidos.
- > **Survey Feedback (fase 2):** a partir de dicha información, se diseñó e implementó una primera estrategia de intervención que consistió en una sesión de *feedback* (siguiendo la técnica del *Survey Feedback*) en la que se convocó a las enfermeras supervisoras de cada planta y al personal que había participado en la evaluación de riesgos psicosociales. Su objetivo era presentar los resultados obtenidos en la evaluación (T1) y elaborar propuestas de mejora. Para clarificar y operacionalizar los problemas y las propuestas de intervención se utilizó una guía en la que se anotaron los problemas detectados, las causas atribuidas y las posibles propuestas de mejora.
- > **Intervención (fase 3):** según los resultados de la evaluación de riesgos y de la sesión de *Survey Feedback*, se diseñó un *workshop* específico sobre inteligencia emocional, basado en las necesidades reales detectadas en las enfermeras, siempre buscando su aplicabilidad práctica.

- > **Evaluación de riesgos psicosociales (fase 4):** esta fase, pendiente de realizar, consiste en una evaluación en T2, para valorar la eficacia de la intervención a largo plazo.

Características del *workshop*

De los 45 empleados del hospital que participaron en la evaluación de riesgos psicosociales, realizaron el *workshop* un total de 17 personas, en su mayoría enfermeras, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas. El *workshop* se considera una estrategia de intervención (M. J. Schabracq, 2003) y consiste en una reunión de grupo para solucionar un posible problema común o para optimizar la calidad del trabajo. Generalmente, está dirigido por una persona responsable que recibe el nombre de *facilitador* y suele tener lugar fuera de la propia organización con un período de duración que oscila entre una mañana o tarde, y dos días (mañana y tarde). El objetivo fundamental del *workshop* es conseguir una serie de acuerdos que se discuten y se toman en grupo. En estas sesiones se utiliza una combinación de técnicas de creatividad grupal, como el *brainstorming*, la técnica del grupo nominal, la técnica *Delphi*, así como otra serie de ejercicios y dinámicas de grupo, como el *role-playing* (M. Salanova y W. B. Schaufeli, 2004).

Entre las características del *workshop* sobre inteligencia emocional destacan:

- > **Base teórica:** modelo RED del WoNT⁴, basado

⁴ www.wont.uji.es

en un análisis de necesidades (riesgos psicosociales) reales entre el personal sanitario del hospital.

- > **Practicidad:** diseñado de manera específica y dinámica para el personal de este hospital, con ajuste del programa a las necesidades surgidas de las propias sesiones de trabajo.
- > **Facilitadores/entrenadores:** desarrollado e implementado por miembros expertos del propio equipo de investigación.
- > **Lugar:** en el propio hospital, para facilitar la asistencia de las enfermeras.
- > **Sesiones:** se realizaron cuatro sesiones de trabajo distribuidas durante cuatro semanas, con dos horas de duración cada una de ellas. Así pues, el taller ha tenido una duración de ocho horas en total.
- > **Contenidos teóricos:** trabajo emocional, disonancia emocional, las cinco esferas básicas de la inteligencia emocional —conciencia de uno mismo, autocontrol emocional, auto-motivación, empatía y habilidades sociales—, con especial énfasis en el entrenamiento en habilidades sociales y, sobre todo, en asertividad.
- > **Contenidos prácticos:** la parte aplicada consistía en la realización de una serie de actividades en el aula, dirigidas a practicar los aspectos tratados en la sesión. Estos ejercicios se combinaban con la puesta en práctica de lo aprendido durante las sesiones en el contexto real de trabajo. Para ello, los participantes cumplimentaban un *diario de emociones* que se analizaba en la siguiente sesión.
- > **Metodología didáctica:** combinación de diversas técnicas, como son la expositiva, utilización de ejemplos, trabajo y debate en pequeños grupos, uso de material de ejercicios, utilización de instrumentos de evaluación tales como los cuestionarios empleados para evaluar el *workshop* antes y después de su realización, así como trabajo fuera del taller plasmado en el *diario de emociones* previamente cumplimentado.
- > **Materiales:** los investigadores elaboraron un material teórico y práctico que se entregaba a los participantes en cada una de las sesiones.



La siguiente fase en el proceso consistió en la evaluación de la intervención antes (pre) y después (post) de la implementación del *workshop*.

Resultados

En la primera y en la última sesión del *workshop*, los participantes cumplimentaron un cuestionario elaborado por el propio equipo de investigación, que está basado en el instrumento RED.HOS. Se denomina *RED.HOS emociones*, ya que hace referencia exclusivamente a las principales demandas y recursos emocionales, así como a sus consecuencias a nivel emocional (empatía y disonancia). Este instrumento fue explícitamente diseñado para la intervención en este hospital, en función de los resultados que se habían obtenido en la evaluación de riesgos y en la sesión de *feedback* –retroalimentación o información de retorno–.

El cuestionario se cumplimentó para poder analizar la eficacia de la intervención a corto plazo. Los resultados obtenidos en el primer pase (evaluación *pre-workshop*) señalan, tal y como se esperaba, la presencia de altas demandas emocionales y pobres recursos emocionales. Esta falta de competencia emocional provocaba en las enfermeras altos niveles de disonancia emocional y empatía.

Aunque la empatía se considera un componente importante de la inteligencia emocional (de hecho, constituye la cuarta fase), este elevado nivel podía ser perjudicial para el bienestar psicosocial. Combinado con los bajos niveles de competencia emocional que presentaban, podía provocar lo que se conoce como *sufrimiento empático*.

Tras la finalización del *workshop*, los participantes volvieron a cumplimentar el mismo cuestionario *RED.HOS emociones* (Figura 2). En este segundo pase (*post-workshop*) no se observaron diferencias significativas en lo que se refiere a demandas emocionales, puesto que son características del puesto de trabajo que quedan fuera del control emocional de las enfermeras.

En relación a la competencia emocional, tampoco existen diferencias significativas inmediatamente después de la intervención, aunque

En las sesiones de trabajo se combinan técnicas de creatividad grupal, como el *brainstorming*, y otra serie de ejercicios y dinámicas de grupo

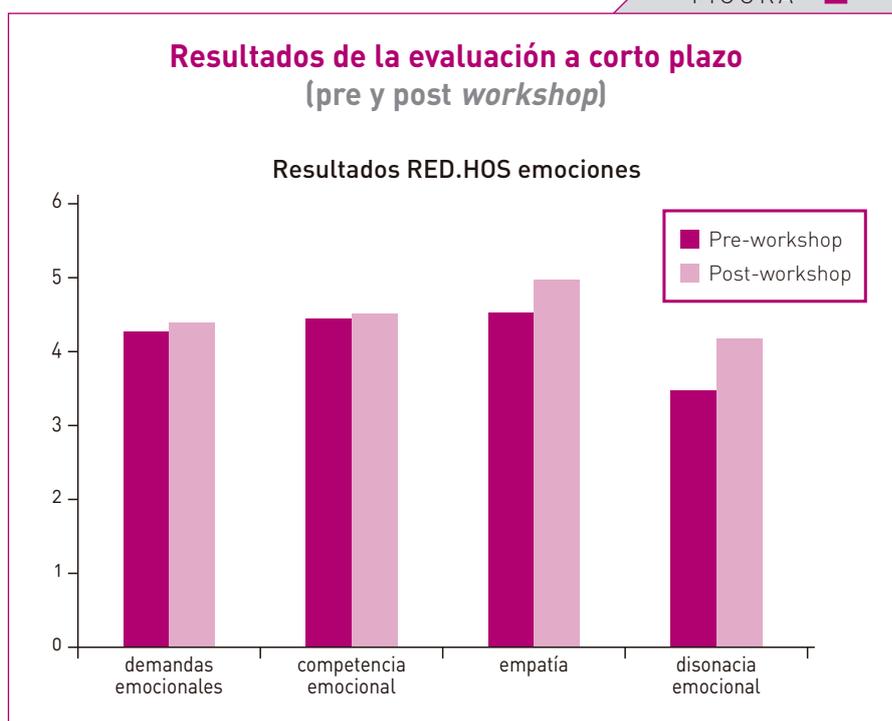
a raíz de la evaluación cualitativa de los datos, las enfermeras se auto-evaluaban como más competentes en el ámbito emocional tras su participación en el *workshop*.

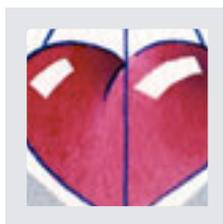
Por otro lado, el nivel de empatía tras el *workshop* seguía siendo elevado, aunque al contar con mayores habilidades de competencia emocional, no llegarían a padecer el sufrimiento empático que aparecía en Tiempo 1.

Por último, cabe destacar que el nivel de disonancia emocional aumentó ligeramente en la evaluación realizada inmediatamente después al *workshop*. Estos resultados pueden parecer contradictorios en cuanto a la finalidad de la intervención, aunque no la invalidarían. Al contrario, puesto que se ha conseguido que los participantes sean conscientes de sus emociones y las puedan llegar a identificar. Éste es el primer paso para llegar a ser inteligente emocionalmente.

Así, los participantes han sido *conscientes* de las emociones, pero posiblemente no ha habido suficiente tiempo para producirse el *cambio* deseado, ya que estas competencias emocionales aprendidas en el *workshop* se deben poner en práctica en el día a día de su trabajo.

FIGURA 2





Este resultado puede deberse, entre otras cosas, al fenómeno de *poner etiquetas* que tan usual es en la investigación.

Las enfermeras que participaron en el taller también realizaron una evaluación cualitativa del *workshop*. El análisis de esta información muestra los puntos débiles, los puntos fuertes y el nivel de satisfacción con el *workshop*, así como la utilidad para su trabajo diario. Algunos de los resultados fueron interesantes de cara a mejorar la intervención para futuros talleres de trabajo.

Como punto débil, destaca que el cien por cien de los participantes informaron de la conveniencia de ampliar el número de sesiones y de establecer una serie de sesiones de seguimiento o de *prevención de recaídas*. Como puntos fuertes del *workshop*, el 33 por ciento de los asistentes afirmó estar muy satisfecho con el taller, tanto con los contenidos como con las dinámicas y ejercicios realizados. El 16 por ciento afirmaba haber adquirido conocimiento sobre técnicas para mejorar sus habilidades sociales y emocionales (técnicas asertivas) en su trabajo. Asimismo, el 33 por ciento de los asistentes encontraba que le había ayudado a reconocer más profundamente y poner nombres a algunos sentimientos que hasta el momento desconocía, así como a conocerse e intentar autorregular sus emociones.

Conclusiones

Este estudio de caso es de especial relevancia, ya que evidencia la necesidad de realizar un diagnóstico de evaluación de riesgos psicosociales; en función de éste se puede establecer un proceso de intervención real y ajustado a las necesidades detectadas. Además, muestra el proceso a seguir para evaluar la intervención realizada. Esta metodología es vital para conocer y desarrollar programas de intervención acordes a los problemas específicos existentes en las organizaciones.

En este caso, la intervención se encontraba focalizada en un grupo y aspecto muy concreto como era la inteligencia emocional de las enfermeras. Concretamente, la falta de habilidades y entrenamiento en técnicas que les ayudaran a realizar mejor su trabajo, a la par que prevenir posibles consecuencias negativas derivadas de su oficio, como el *burnout*, la depresión o la ansiedad, muy habituales en el personal sanitario.

Con este tipo de estrategias, se consigue que los participantes sean conscientes de sus emociones, aunque hace falta más tiempo para conseguir el cambio deseado

Es relevante la utilización del *Feedback survey* como una estrategia de intervención en sí misma, que permite establecer los aspectos de mejora y las acciones de intervención. Esta técnica fomentó en todo momento la implicación de las enfermeras en el proceso de mejora, ya que a raíz de la presentación de los resultados obtenidos en la evaluación de riesgos psicosociales a las distintas responsables de enfermería, se determinaron las estrategias de mejora; en este caso, la realización de un taller en el que pudieran trabajar habilidades a nivel emocional.

Por otro lado, la evaluación de los niveles de las variables emocionales (Figura 2), tanto previa como inmediatamente posterior a la realización del *workshop*, fue un indicador importante en cuanto a la evaluación de su eficacia. Pese a que a primera vista los niveles de demandas emocionales y disonancia aumentan ligeramente con respecto a la evaluación realizada *pre-workshop*, también se incrementaron los niveles de competencia emocional y empatía. Como se ha comentado, esto puede ser debido a que el *workshop* contribuyó a la sensibilización y toma de conciencia de las emociones por parte de las enfermeras.

Este fenómeno también fue observado en el estudio realizado por D. Van Dierendonck, W. B. Schaufeli, y B. P. Buunk (1998), en el que la evaluación inmediatamente posterior a la intervención (formación) mostró, a primera vista, resultados contrarios al objetivo de la investigación. Pero la evaluación realizada a los 6 y a los 12 meses posteriores a la intervención mostró una mejora considerable en los aspectos tratados que vendría explicada por la aplicación e interiorización de los aspectos entrenados en la intervención.

Aunque se conoce la eficacia de la intervención a corto plazo, es necesario evaluar su eficacia a largo plazo. Entre las acciones futuras, cabría realizar una evaluación en T2 de los riesgos psicosociales del personal sanitario del hospital, que correspondería a la Fase 4 del estudio. En este caso, se utilizará un grupo experimental y un grupo control para evaluar la eficacia de la intervención a largo plazo. Este grupo experimental estará formado por aquellas personas que participaron en la evaluación de riesgos psicosociales en T1 y, sobre todo, por las que participaron en el *workshop* sobre inteligencia emocional. El grupo control lo formarán aquellas personas del hospital que sólo y únicamente han participado en el proceso de

evaluación de riesgos psicosociales en T1, pero que no hayan recibido la intervención.

Se espera encontrar diferencias significativas en la evaluación de riesgos y, sobre todo, en las variables de bienestar entre el personal sanitario que ha recibido el tratamiento y aquél que sólo participó en la evaluación de riesgos, siendo los primeros los que manifestarán mayores recursos emocionales (mayor nivel de competencia emocional, más empatía), y menores resultados negativos (menor nivel de disonancia emocional).

En resumen, el valor científico y aplicado de este tipo de estudios es palpable, ya que muestra el procedimiento, metodología y resultados llevados a cabo en un caso real. Así, la divulgación de este tipo de experiencias puede ayudar tanto a profesionales de diferentes áreas y ocupaciones (recursos humanos, prevención de riesgos, personal sanitario, investigadores, etcétera) a conocer dicha metodología, muy útil para valorar apropiadamente la eficacia de la intervención realizada en una organización, ya sea a través de formación (como es el caso), o a través de rediseño de puestos, selección, u otras actividades que se lleven a cabo, encaminadas a fomentar la prevención de posibles riesgos laborales y a mejorar la calidad de vida laboral de los miembros de la organización, que a su vez redundará en una mejora en la calidad y el servicio ofrecidos por la empresa. ||



© Stock Photos, 2006

Aunque la empatía se considera un componente importante de la inteligencia emocional, este elevado nivel podría ser perjudicial para el bienestar psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

- > Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., y Schaufeli, W. B. (2005). *Nursing theory and concept development or analysis burnout contagion among intensive care nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 5(3), 276-287.
- > Bradley, J. R., y Cartwright, S. (2002). *Social Support, Job Stress, Health, and Job Satisfaction among Nurses in the United Kingdom*. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 163-182.
- > Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- > Gracia, E., Martínez, I.M., Salanova, M., y Nogareda, C. (en prensa). *El trabajo emocional: concepto y prevención*. Nota técnica de prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- > Huxham, C., y Vangen, S. (2003). *Researching organizational practices through Action Research: Case studies and design choices*. *Organizational Research Methods*, 6(3), 383-403.
- > Martínez-Iñigo, D. (2001). *Evolución del concepto de Trabajo Emocional: dimensiones antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17, 131-153.
- > Mayer, J. D., Caruso, D. R., y Salovey, P. (1999). *Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence*. *Intelligence*, 27, 267-298.
- > Salanova, M. (2005). *Metodología WONT para la Evaluación y Prevención de Riesgos Psicosociales*. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 14, 22-32.
- > Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2004). *El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los Recursos Humanos*. *Revista de Estudios Financieros*, 62, 109-138.
- > Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- > Schabracq, M. J. (2003). *What an organizational can do about its employees' well-being and health: an overview*. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, y C. L. Cooper (eds.), *The handbook of work and health psychology* (2ª ed.). Chichester: Wiley.
- > Shani, A.B., y Pasmore, W.A. (1985). *Organization inquiry: Towards a new model of the Action-Research process*. En D. D. Warrick (comp.), *Contemporary organization development: Current thinking and applications* (pp. 438-448). Glenview, I.L. Scott: Foresman.
- > Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., y van Merode, G. (2002). *Work Organization, Work Characteristics, and Their Psychological Effects on Nurses in the Netherlands*. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 183-206.
- > Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., y Buunk, B. P. (1998). *The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support*. *Journal of Applied Psychology*, 83, 392-407.