

M^a Elena Fernández Martínez

Profesora Titular de Universidad. Área de Enfermería
Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Facultad de Ciencias de la Salud

AÑO 2020,
ADAPTÁNDONOS A LA PANDEMIA.
PAPEL DE LAS EMOCIONES

Lección Inaugural del Curso Académico
2020-2021
Campus de Ponferrada



universidad
de león

M^a ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD
ÁREA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AÑO 2020, ADAPTÁNDONOS A LA PANDEMIA.
PAPEL DE LAS EMOCIONES

M^a ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD
ÁREA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AÑO 2020, ADAPTÁNDONOS A LA PANDEMIA.
PAPEL DE LAS EMOCIONES

LECCIÓN INAUGURAL
CURSO ACADÉMICO
2020-21
CAMPUS DE PONFERRADA



universidad
de león
■ Área de Publicaciones



© Universidad de León
Área de Publicaciones
© M^a Elena Fernández Martínez

ISBN: 978-84-18490-02-6
Depósito legal: LE-297-2020

Diseño y maquetación digitales: Juan Luis Hernansanz Rubio
Imprime: Gráficas CELARAYN, S.A.
Impreso en España / *Printed in Spain*
León, 2020

A mi familia

Sr. Rector Magnífico.

Sra. Vicerrectora del Campus de Ponferrada.

Sras. y Sres. Vicerrectores

Autoridades.

Miembros de la Comunidad Universitaria.

Señoras y Señores.

PRÓLOGO

Este es un momento especial para una profesora universitaria. Ser elegida para impartir la lección inaugural del curso académico es una responsabilidad y un honor. Aunque debo decir que cuando me lo comunicaron me lo tomé como un encargo enorme que no tenía energía para poder llevar a cabo, veníamos de un proceso electoral, unas elecciones a rector y un confinamiento nunca antes vivido por nuestra sociedad.

Pero pensé –¡alguien lo tiene que hacer!–, y mi cabeza empezó a trabajar.

Quiero agradecer la invitación, espero no defraudar las expectativas puestas en mí.

Este año tenía que impartir la lección inaugural una profesora del área de Enfermería ya que estamos en el año declarado por la Organización Mundial de la Salud como el año de las enfermeras y de las matronas, qué mejor año este 2020 para que sea la primera vez en la Universidad de León que una profesora del área de Enfermería imparta la lección inaugural.

Lo primero es elegir el tema, pensé que era casi obligatorio hablar de la pandemia de la COVID-19, pero no de sus aspectos epidemiológicos, clínicos o microbiológicos, para eso contamos con otros compañeros dentro de esta universidad expertos en estos temas. Yo soy profesora de enfermería de salud mental e investigo en el bienestar de las personas ante la adversidad, y cuando llegó la propuesta acabábamos de pasar por un hecho histórico en nuestra sociedad como fue el confinamiento obligatorio decretado por el gobierno motivado por la situación sanitaria desencadenada por la COVID-19. Hecho que nos ha afectado a todos y que nos hizo cambiar drásticamente nuestro modo de vida y que a día de hoy seguimos con cambios motivados por esta situación y sin visos de estabilizarse. Ya tenía tema.

Han sido meses de duro trabajo y también de ratos de descanso con el fin de renovar fuerzas para este curso que empieza, incierto pero muy motivante y por supuesto emocionante. Seguro que entre todos, aunando esfuerzos

e ideas lo sacamos adelante de manera excelente y conseguimos que la Universidad siga su camino de formación e investigación, ayudando a que la sociedad mejore.

Llevo casi 22 años (a falta de 4 meses) como docente en el Campus de Ponferrada de la Universidad de León, dentro del área de Enfermería. He vivido en primera persona todos los cambios que ha sufrido nuestro campus y he participado en casi todos ellos. Ha habido sonrisas y lágrimas a lo largo de estos años, pero sobre todo ha habido aprendizaje, aprendizaje significativo porque ha estado acompañado de emoción y pasión por el trabajo. En este punto permítanme agradecer a todos mis compañeros del área de Enfermería y de otras áreas y facultades su granito de arena en este aprendizaje, he estado rodeada de grandes maestros, de cada uno de ellos me llevo algo. También agradecer a los compañeros del grupo de investigación SALBIS que durante estos 10 años hemos luchado como una piña por sobrevivir dentro de este mundo de la investigación, en esta lección inaugural se recogen varios trabajos de los que sois protagonistas. Al igual que los compañeros que integran el grupo de innovación docente CUIDAS, con los que comparto inquietudes y creatividad para intentar mejorar el proceso de aprendizaje-enseñanza.

Espero que les guste o por lo menos que les invite a la reflexión.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
REACCIONES ANTE LA ADVERSIDAD	14
MODELO SALUTOGÉNICO.....	17
LAS EMOCIONES.....	19
ENFERMERAS ANTE LA PANDEMIA.	30
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA	37

INTRODUCCIÓN

El año 2020 será recordado en la historia de la humanidad como el año de la pandemia por la COVID-19, por lo que está claro que alguna referencia a la situación tenía que estar presente en la lección inaugural de este curso académico que empezamos 2020/2021.

A finales de 2019 se produjo un brote de la enfermedad por un nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en Wuhan (Hubei, China), que posteriormente se extendió por todo el mundo. La enfermedad por el coronavirus SARS-CoV-2, denominada como COVID-19 (Lai et al, 2020) fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia en marzo de 2020 (OMS, 2020a) debido a la rapidez de su propagación y al elevado número de muertes (Zhu et al., 2020). Entre los síntomas más habituales de esta enfermedad se encuentran: fiebre, tos seca y cansancio. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas de carácter leve. La mayoría de ellas (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen la COVID-19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma (OMS, 2020b).

Los países de todo el mundo imponen medidas para intentar frenar el avance de la pandemia y sus consecuencias desastrosas. El gobierno de España decreta el estado de alarma (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo). Más allá de las tensiones inherentes a la enfermedad en sí, las directivas gubernamentales de confinamiento masivo en el hogar dan lugar a una situación nueva para la población española y generan preocupación sobre cómo las personas reaccionarán, y las repercusiones sobre la salud mental que pueden acarrear. Las calles quedan vacías, las ciudades desiertas, los contactos sociales se han visto fuertemente limitados, y las actividades de tiempo libre y de ocio canceladas (Fegert, Vitiello, Plener y Clemens, 2020). Desde el 14 de

marzo hasta el 18 de mayo (inicio de la fase 1 de desescalada) se producen 65 días de confinamiento de la población española.

En el contexto en el que nos encontramos el cierre de los centros educativos produce que toda la comunidad educativa tenga que adaptarse a una nueva manera de aprendizaje-enseñanza rápidamente. Estudiantes, familias, profesores y personal de administración y servicios tienen que dar respuesta a la nueva situación que ha surgido. Buscar nuevos recursos e inventar nuevos procedimientos para, a pesar de la adversidad, poder seguir adelante.

El riesgo de esta pandemia no es solo un problema sanitario, sino que tiene graves implicaciones socioeconómicas y psicológicas (Zhang y Shaw, 2020). Por tanto, en el abordaje de la emergencia de salud pública se debe intentar minimizar el impacto negativo del virus, tanto a nivel físico como psicológico (Horton, 2020). Y es que ignorar los efectos psicológicos inmediatos de esta situación global, tendría un impacto desmesurado a medio y largo plazo (Dalton et al., 2020). La pandemia por la Covid-19 tiene implicaciones para la salud individual y colectiva y el funcionamiento emocional y social de la población. Además de proporcionar atención sanitaria, los servicios de salud tienen que tener en cuenta las necesidades psicosociales de las personas.

REACCIONES ANTE LA ADVERSIDAD

Aún se desconoce la gravedad y la persistencia de la enfermedad, y, por tanto, durante cuánto tiempo deben mantenerse las restricciones y medidas públicas (Singer, 2020). Lo que sí está claro es que la transición hacia la nueva normalidad será un proceso que pondrá a prueba la capacidad de adaptación de todos los individuos.

Las reacciones de los seres humanos ante la adversidad son múltiples. Algunos individuos tienen un mayor riesgo de desarrollar alteraciones psi-

cológicas como estrés postraumático o trastornos biopsicosociales, mientras que otros resisten y se adaptan bien (Niitsu et al., 2018).

Una revisión reciente de secuelas psicológicas en muestras de personas en cuarentena reveló que manifestaban confusión, aburrimiento, insomnio, estrés, irritabilidad, ira, frustración, miedo y depresión asociados con el confinamiento, algunos de los cuales continuaron después de que finalizó el mismo (Brooks et al., 2020). Además, el estudio llevado a cabo por Pérez-Fuentes, Molero, Martos y Gázquez (2020) en población española adulta revela que el confinamiento acarrea consecuencias negativas para el bienestar de la población y que el afecto negativo aumenta tanto la percepción de amenaza por la COVID-19 como el estado de ánimo negativo, que a su vez aumenta las quejas somáticas (de la Barrera, Villanueva, y Prado-Gascó, 2019).

Pero también podemos ver las situaciones adversas desde el polo opuesto. El concepto de adaptación hace referencia al cambio funcional en respuesta a los estímulos ambientales, ya sea en términos de funcionamiento sensorial, conductual, cognitivo o emocional. Estos cambios deben reportar beneficios para el sujeto, mejorando el ajuste al entorno actual o futuro (Bjorklund, 2015). La adaptación positiva ante la adversidad no es un rasgo completamente innato, por lo que esta capacidad se puede aprender y desarrollar a través de la reformulación activa de los desafíos vitales (Reivich y Shatte, 2002). Desde una perspectiva de virtud, basada en la acción comprometida, la sabiduría práctica y el coraje del individuo, la resiliencia y la capacidad de adaptación puede entenderse como la transformación de la adversidad en oportunidad (Kim, Hawley, y González, 2018).

Es importante detectar a las personas que no poseen esta capacidad de adaptación ya que resulta fundamental para evitar alteraciones psicológicas vinculadas a la acumulación de estresores diarios, más en este ambiente de cambio rápido en el que estamos inmersos. La ausencia de capacidad para recuperar el estado de bienestar previo ante circunstancias vitales trascen-

dentales ha mostrado tener efectos a nivel psicológico a largo plazo. Para ello necesitamos instrumentos válidos y fiables como el desarrollado por un grupo de investigadores en el que me encuentro. La escala ADAPTA-10 es un instrumento que permitirá detectar las necesidades de adaptación a la nueva realidad asociada a la COVID-19, así como otras situaciones en las que el sujeto se vea inmerso y demanden estrategias de adaptación a esa nueva situación que vive. Con esta escala se puede ahondar en el conocimiento y la repercusión de la capacidad de adaptación ante situaciones inciertas y cotidianas. Además, puede ser válida para establecer el nivel de esta variable en los individuos, permitiendo el desarrollo de programas de intervención para potenciar la capacidad de adaptación y, por ende, fomentar un mayor ajuste a las demandas. Los indicadores psicométricos, tanto para los factores como para la escala global, revelan que es un instrumento de medición válido y confiable para su uso en la investigación. E, igualmente, se estima que puede ser de máxima utilidad para la prevención y diagnóstico precoz de problemas relacionadas con la salud mental (como depresión, ansiedad, desarrollo de conductas de riesgo para la salud o uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas) en la población general derivados de una mala adaptación a situaciones de adversidad similares a los desencadenados por la pandemia de la COVID-19 (Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Martos Martínez, Fernández-Martínez, Franco Valenzuela, Herrera-Peco, Jiménez-Rodríguez, Méndez Mateo, Santillán García, Simón Márquez y Gázquez Linares, 2020).

La necesidad de adaptación de las personas ha estado muy presente en el modelo enfermero de Callista Roy, el cual recoge que las personas presentan cuatro formas de adaptación: necesidades fisiológicas, concepto de sí misma, roles desempeñados en la sociedad e interdependencia con su medio de vida, siendo el objetivo de la enfermera favorecer la adaptación de la persona, potenciando todas las formas posibles (Raile, 2015).

MODELO SALUTOGÉNICO

Esta visión positiva de la adversidad y la capacidad de algunos sujetos de mantenerse saludables a pesar de las situaciones traumáticas vividas se corresponde con una de nuestras líneas de investigación, la cual llevamos desarrollando desde hace ya varios años. Podemos englobarla dentro del modelo salutogénico de Antonovsky (Antonovsky, 1987), donde se refleja una visión dinámica del bienestar humano y se centra en explorar el origen de la salud en vez de explicar las causas de la enfermedad.

Antonovsky tuvo la idea del modelo salutogénico cuando dirigía un estudio epidemiológico sobre los problemas durante la menopausia en mujeres en Israel. Dentro de este estudio había un grupo de mujeres que habían sobrevivido a los campos de concentración de la segunda guerra mundial, le llamó la atención la capacidad que tenían para mantenerse saludables.

Él concluye que hemos estado demasiado interesados en estudiar la patogénesis (los orígenes del fallo de adaptación) y demasiado poco en estudiar la salutogénesis (los orígenes de la adecuación adaptativa). Es un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud, en la promoción de la salud.

La orientación salutogénica supuso un planteamiento novedoso por aquel entonces acerca del concepto de salud, se rompía con la tradición de establecer una dicotomía entre la salud y la enfermedad (orientación patogénica), para proponer un continuo entre ambos polos (bienestar-enfermedad). Como sugiere Antonovsky (1979), no existe nadie totalmente sano o totalmente enfermo, resulta imposible hablar en términos absolutos de un estado de salud o de enfermedad; las personas nos movemos continuamente entre la salud y la enfermedad. En consecuencia, la orientación salutogénica propone el estudio de la localización a lo largo de este continuo de una persona dada, en un momento determinado.

Otro elemento específico del modelo sería el énfasis en los aspectos activos de la conducta que conducen al desarrollo de la salud. Para el enfoque

salutogénico la característica fundamental del organismo vivo es la heterostasis y el desorden (Antonovsky, 1987). Según esta visión, la propia naturaleza humana está caracterizada por la omnipresencia de estresores y situaciones adversas. Antonovsky sugirió que la visión individual y el modo de responder al ambiente y al estrés sería importante en la promoción de una buena salud (Antonovsky, 1998). El autor pretendía con su modelo salutogénico avanzar en el entendimiento de las relaciones entre estresores, afrontamiento y salud (Antonovsky, 1979). El modelo salutogénico nos muestra el estrés de los individuos y su capacidad para ajustarse satisfactoriamente, e intenta explicar por qué ciertas personas parecen preservar su salud y bienestar y muestran un buen afrontamiento en situaciones de tensión y en la exposición a las dificultades de la vida. Si la adversidad es bien manejada, su resultado puede ser positivo o neutral y los individuos se moverán hacia el polo de la salud en el continuo, sin embargo, si la adversidad no es bien gestionada, la persona se moverá hacia el polo de la enfermedad del continuo.

De este modo lo importante no es conocer qué factores conducen al individuo a la enfermedad, sino aquello que impulsa al organismo hacia el lado positivo del continuo. El autor responde a esta cuestión proponiendo el concepto de sentido de coherencia, concepto central de su teoría salutogénica.

El modelo teórico salutogénico de Antonovsky pretendía ser diferente del resto de estudios en tres aspectos:

1. Lo inadecuado de la orientación patogénica que dominaba los estudios científicos tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias sociales, en esta perspectiva los mecanismos de afrontamiento son considerados como facilitadores o moderadores. Está centrada en el modo en que los sucesos estresantes de la vida predisponen al individuo a una gran variedad de resultados negativos para su salud. Sin embargo, en el modelo salutogénico los estresores son considerados como algo cotidiano en la existencia humana. Por lo que se centra en estudiar los factores que ayudan a los individuos a mantener su bienestar físico y psicológico en contra de los estresores.

2. El secreto del camino hacia el polo de la salud dentro del continuo salud-enfermedad es el afrontamiento adaptativo, por lo tanto tenemos que prestar atención a los recursos de resistencia al estrés que promueven la salud. Todos estos recursos tienen en común el sentido de coherencia.

3. El SOC es un constructo con un carácter transcultural y transituacional. Según Antonovsky (1991) hay cierta semejanza entre su concepto de Sentido de Coherencia y los conceptos de firmeza, autoeficacia y locus de control, cuatro conceptos que él denominó las cuatro fuerzas salutogénicas y que comparten una serie de aspectos; en lugar de preguntarse sobre los factores patógenos y los fracasos en el afrontamiento que conducen a la enfermedad, se centran en la explicación de la resolución con éxito frente a los estresores y cómo explicar el mantenimiento o la vuelta a la salud. Otro aspecto sería que no se refieren a estilos de afrontamiento específicos, sino que están ligados a la naturaleza de la situación estresora. Los cuatro conceptos también comparten que las personas con niveles altos afrontan con éxito las situaciones estresantes y contribuyen a la salud. Las diferencias entre los mismos radican en que cada autor tuvo un punto de partida diferente, unos planteamientos iniciales distintos.

Visto esto entonces podemos atisbar que las emociones van a jugar un papel importante en el proceso de adaptación a situaciones adversas como la que estamos viviendo.

LAS EMOCIONES

Podemos definir la emoción como un proceso multifactorial o multidimensional que implica unas condiciones o estímulos desencadenantes, una experiencia subjetiva o sentimiento, un procesamiento cognitivo, una activación fisiológica, una manifestación expresiva y una finalidad que es la de servir de adaptación al mundo exterior en continuo cambio, además de unos efectos motivacionales (Fernández-Abascal, Jiménez y Marton, 2003).

Según Reeve (1994), las funciones que hacen útiles y beneficiosas a las emociones son principalmente tres: la adaptativa, la social y la motivacional.

– La función adaptativa es la que prepara al organismo para la acción. Fue puesta de manifiesto por Darwin, y es la función más importante de la emoción. Prepara al organismo para que ejecute eficazmente una conducta exigida por las condiciones ambientales, moviliza la energía necesaria para ello y dirige la conducta a un objeto determinado. Esta función adaptativa está muy delimitada en el caso de las emociones primarias:

- Sorpresa: función adaptativa de exploración, donde se facilita la dirección de los procesos de atención, focalizándolos y promoviendo conductas de exploración.
- Asco: función adaptativa de rechazo, donde se potencia respuestas de escape ante estímulos desagradables y/o potencia el desarrollo de hábitos saludables.
- Alegría: función adaptativa de afiliación, generar actitudes positivas hacia uno mismo y de disfrute de diferentes aspectos de la vida. Establece unión entre las personas e incluso favorece los procesos cognitivos de aprendizaje y memoria.
- Miedo: función adaptativa de protección, en este caso se facilita la respuesta de evitación, y se ejecutan respuestas de una manera mucho más rápida e intensa de lo que se haría en condiciones habituales.
- Ira: función adaptativa de autodefensa, aunque puede llegar a la destrucción, sirve para movilizar la energía necesaria en reacciones que lo requieran y puede eliminar obstáculos que impidan la consecución de objetivos.
- Tristeza: función adaptativa de reintegración. Esta función sirve para aumentar la cohesión con otras personas, fomenta la aparición de em-

patía y otros comportamientos altruistas e incluso para reducir la actividad del organismo.

– La función social que comunica nuestro estado de ánimo. Se cumple mediante varios sistemas de comunicación diferentes; comunicación verbal, comunicación artística y comunicación no verbal (expresión, postura, prosodia del lenguaje...). La falta de comunicación o represión de las emociones también puede cumplir una función social. Se destacan varias sub-funciones dentro de esta función social (Izard, 1991):

- Facilitar la interacción social.
- Controlar la conducta de los demás.
- Permitir la comunicación de los estados afectivos.
- Promover la conducta pro-social.

– La función motivacional, ya que las emociones facilitan las conductas motivadas. Una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia una determinada meta u objetivo y hacer que se ejecute con cierto grado de intensidad. La conducta motivada produce reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de conducta motivada.

El antecedente que pone en marcha el proceso emocional es la percepción de cambio en las condiciones internas y externas (desencadenantes emocionales), que son procesadas a nivel cognitivo por un primer filtro (procesamiento cognitivo emocional), donde se produce una reacción o respuesta prototípica (efectos emocionales). Las manifestaciones externas de la emoción son fruto de un segundo filtro producto del aprendizaje y de la cultura. El procesamiento emocional es un sistema de procesamiento de información y un sistema de reacción frente a las demandas del entorno y además permite la anticipación a posibles demandas emocionales. Es importante diferencias entre experiencia emocional y proceso emocional, el primero es consecuen-

cia del segundo y además requiere un cierto nivel de conciencia, mientras que el procesamiento emocional puede no ser consciente.

Los efectos de las emociones implican por una parte que se movilicen una serie de recursos con fines adaptativos (fisiológico, afrontamiento...) y por la otra implica también a la totalidad de los recursos psicológicos de la persona. Para que esto funcione correctamente necesitan una coordinación de un programa de orden superior que conocemos como emociones.

Las emociones mal gestionadas pueden dar lugar a problemas de salud debido a las sustancias que se secretan cuando se experimentan, el miedo es la antesala de la ansiedad y la tristeza de la depresión.

¿Y cómo podemos gestionar estas emociones para que sean saludables? Los seres humanos disponemos de una herramienta muy potente para ello, la inteligencia emocional. Es la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información para guiar el pensamiento y las acciones.

Cuando se habla de inteligencia emocional, se hace alusión a una combinación de dos términos: inteligencia y emoción. La inteligencia emocional combina estos dos estados de la mente, cognición y afecto, evidenciando que ambas son inseparables y actúan de forma conjunta en la vida. La relación entre los procesos mentales y orgánicos es una cuestión presente desde el inicio de las ciencias de la salud y aunque no se poseen argumentos sólidos para explicar las relaciones entre emoción y salud, se dispone de numerosas evidencias que confirman la influencia de las emociones y el estrés, aunque se desconozcan la totalidad de los mecanismos que expliquen esta relación causal (Mestre, Fernández Berrocal, 2007).

En los años 90 la perspectiva de inteligencia se fue ampliando e introduciendo conceptos como el de inteligencias múltiples (Gardner, 1993), inteligencia exitosa o inteligencia práctica (Sternberg, 2000), optimismo intelligen-

te (Aviá y Vázquez, 1998) o inteligencia emocional (IE) (Mayer y Salovey, 1997, Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

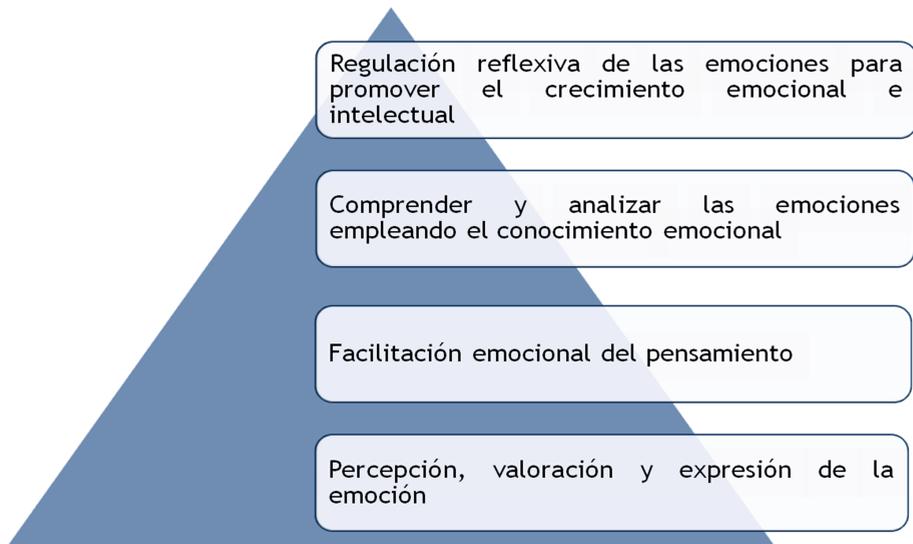
El modelo inicial de Salovey y Mayer se ha consolidado como marco de referencia, pero bien es cierto que coexisten otras perspectivas como la de Goleman (1998, 2006 y 2007) Barn-On (1997, 2000) y en menor medida Cooper y Sawaf (1997).

En la primera de las teorías, la de Gardner, se defiende la existencia de diferentes tipos de inteligencia independientes: lingüística, lógico-matemática, musical, cinestésica-corporal, interpersonal e intrapersonal, que actualmente ha ampliado a nueve (Gardner, 2001), añadiendo la naturalística y espiritual. De todas ellas, las que aportan un mayor interés en el estudio de la IE son la intrapersonal e interpersonal.

El término de inteligencia emocional (IE) fue introducido en la literatura científica en el año 1990 por los autores Meter Salovey (Yale University) y John Mayer (University of New Hampshire) que utilizan por primera vez este concepto (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007). En principio, la IE fue definida “como un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno” (Salovey y Mayer, 1990). Siete años después, estos autores, completaron la definición describiendo la IE “como la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros.” (Mayer y Salovey, 1997). Según estos autores (Salovey y Mayer, 1990) este constructo incluye a los conceptos de inteligencia intrapersonal e interpersonal que propone Gardner (2001), aportando un enfoque menos cognitivo pero añadiendo el componente emocional que Gardner obvia.

Respecto al constructo IE, Mayer y Salovey se basan en su modelo de habilidades en cuatro ramas jerarquizadas y configuradas desde los procesos psicológicos más bajos a los más elevados. El nivel más bajo se refiere a la habilidad, relativamente simple, de percibir y expresar la emoción, a su vez, el nivel más alto de las ramas concierne a la regulación consciente y reflexiva de la emoción.

Figura 1. Modelo de habilidades de Mayer y Salovey



A continuación se describen con más detalle, cada una de las ramas que pertenecen a este modelo de habilidades.

Rama 1: Percepción, valoración y expresión de la emoción. En líneas generales supone la capacidad de percibir y expresar emociones. Puede ser entendida como la primera habilidad a adquirir para llegar a ser una persona emocionalmente inteligente. Dentro de esta rama se incluyen distintos descriptores:

- Identificación de las emociones en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno.

- Identificación de las emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del lenguaje, sonido, apariencia y conducta.
- Precisión para expresar emociones adecuadamente y necesidades relacionadas con esos sentimientos.
- Discriminación entre expresiones precisas o imprecisas, u honestas versus deshonestas de las emociones.

El primer descriptor se refiere a la certeza con la que los individuos pueden identificar las emociones y el contenido emocional propio. Así los resultados pueden ser distintos en relación a las habilidades a la hora de atender y evaluar los propios estados emocionales. Asimismo, las personas que son más precisas en percibir y responder a sus propias emociones también pueden serlo con las emociones de otros e incluso atribuir sentimientos a objetos animados e inanimados. El ser humano además es capaz de expresar sentimientos adecuadamente y expresar necesidades alrededor de esos sentimientos, ya que los individuos emocionalmente inteligentes conocen de cerca la expresión y manifestación de la emoción y a la vez son sensibles a detectar las expresiones falsas o manipuladas.

Rama 2: Facilitación emocional del pensamiento. Esta dimensión hace referencia al uso de las emociones como una parte de los procesos cognitivos. De esta forma se entiende que las emociones dirigen la atención hacia cierta información considerada relevante y determinando tanto la manera en la que procesamos la información como la forma de enfrentarnos a los problemas. Los principales descriptores de esta rama son:

- Priorización del pensamiento al dirigir la atención a la información importante.
- Utilización de las emociones como ayuda de juicio y de la memoria sobre los sentimientos.

- Capitalización de los sentimientos para tomar ventaja de las perspectivas que ofrecen.
- Utilización de los estados emocionales para facilitar la solución de problemas y la creatividad.

Los dos últimos descriptores son ejemplos de un conjunto complejo de contribuciones de la emoción a los más sofisticados y eficientes pensamientos. De esta forma, se puede entender que el humor cambia la perspectiva del individuo desde el optimismo hasta el pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista. Los estados emocionales estimulan afrontar diferencialmente problemas específicos tales como cuando la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

Rama 3: Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. Esta rama está relacionada con la capacidad para comprender emociones y usar el conocimiento emocional. El conocimiento emocional comienza en la infancia creciendo a lo largo de la vida, con una comprensión aumentada de estos significados emocionales. Esta dimensión incluye los siguientes factores:

- Etiquetado de emociones y reconocimiento de las relaciones entre las palabras y las emociones.
- Comprensión de las causas y consecuencias de varias emociones.
- Interpretación de sentimientos complejos, simultáneos o mezclados.
- Reconocimiento de transiciones entre emociones.

Al crecer, se comienza a reconocer la complejidad de las emociones e incluso a saber que en ciertas circunstancias pueden ser hasta contradictorias. Razonar sobre la progresión de los sentimientos en las relaciones interpersonales es clave para la inteligencia emocional.

Rama 4: Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. El nivel más alto de las ramas está relacionado con la regulación consciente de las emociones con el fin de potenciar el crecimiento emocional e intelectual. Esta dimensión hace referencia a la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos así como a la regulación emocional propia y de otros. Las reacciones emocionales cuando ocurren deben de ser toleradas, incluso bienvenidas, independientemente de si son agradables o desagradables. Por ese motivo el nivel más alto de las ramas comienza con la apertura de los sentimientos. Debido en parte al efecto que han tenido algunas publicaciones, muchas personas identifican el concepto de la IE con esta rama o con la capacidad de regular las emociones (Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Este cuarto y último bloque del modelo de habilidades, incluye los siguientes descriptores.

- Apertura de sentimientos placenteros y displacenteros.
- Atracción o distanciamientos de una emoción.
- Monitorización reflexiva de las emociones en relación a uno mismo y a otros.
- Regulación de las emociones en uno mismo y en otros mitigando las emociones negativas e intensificando las placenteras.

A medida que las personas crecen surge una reflexión o metarreflexión de los estados del humor y de la emoción. Tales pensamientos son reflexiones conscientes a respuestas emocionales y no simples percepciones de sentimientos. Esta variedad de experiencias emocionales a las que denominan metaexperiencias, se conceptualizan como un sistema regulatorio que dirige, evalúa y en ocasiones actúa para cambiar dicho humor. La metaexperiencia del humor parece dividirse en dos partes: la metaevaluación y la metarregulación. La metaevaluación son reflexiones sobre como se le presta más atención a algunas partes de algunos estados de ánimo y como de claros típicos y aceptables son esos estados. Las metarregulaciones intentan regular,

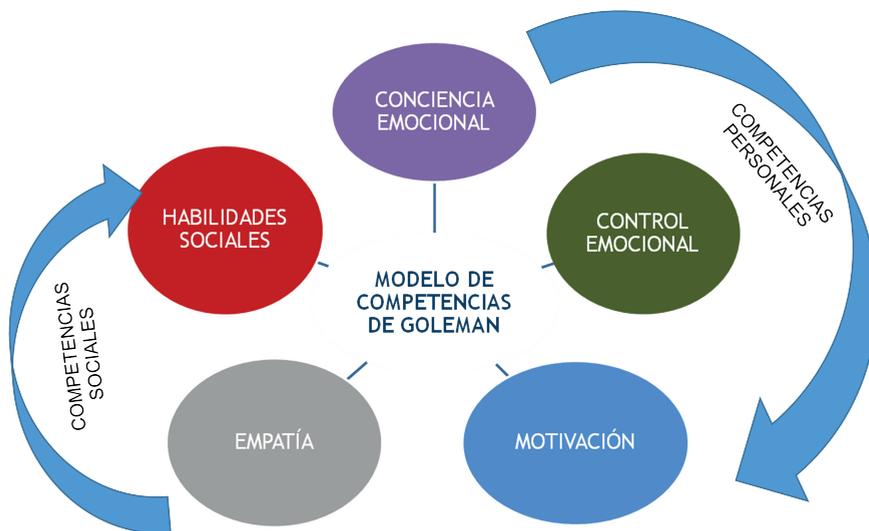
es decir, mejorar un mal estado de ánimo amortiguándolo con uno bueno o simplemente mejorándolo.

Si bien Mayer y Salovey introdujeron el término de IE en el mundo científico, Goleman lo dio a conocer y lo popularizó. Para Goleman (1995) la IE se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos”. Básicamente, en su modelo Goleman planteó que hay dos tipos de competencias emocionales, las personales y las sociales, compuesta cada una de ellas por dimensiones que agrupan una serie de características de personalidad o de habilidades.

Las competencias personales determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos y las competencias sociales determinan el modo en que nos relacionamos con los demás.

El modelo de competencias de Goleman muestra la relación existente entre las cinco dimensiones de la inteligencia emocional y las veinticinco competencias emocionales.

Figura 2. Modelo de Competencias de Goleman



1. **CONCIENCIA DE UNO MISMO.** Ser conscientes de las emociones y de los sentimientos propios y autoevaluar su naturaleza, es la base para comprender quiénes somos y por qué actuamos de la forma en que lo hacemos. Saber lo que se está sintiendo en un momento determinado y utilizar las preferencias para guiar la toma de decisiones basada en una evaluación realista de las capacidades propias y en una sensación bien asentada de confianza individual.

2. **AUTORREGULACIÓN.** Se refiere al control de los estados, impulsos y recursos internos. Manejar las emociones para que faciliten la tarea que se lleva a cabo y no interfieran con ella; ser conscientes y demorar la gratificación en nuestra búsqueda de objetivos; ser capaces de recuperarse prontamente del estrés emocional. Manejar nuestros sentimientos implica darnos cuenta de que los tenemos y saber cómo canalizarlos para sentirnos más efectivos.

3. **MOTIVACIÓN.** Es la tendencia emocional que guía o facilita el logro de los objetivos. Utilizar las preferencias más profundas para encaminarse hacia los objetivos y ayudar a tomar iniciativas, ser más eficaces y perseverar a pesar de los contratiempos y las frustraciones que se presenten. La auto-motivación es vital para establecer metas y actuar con creatividad para conseguir nuestros logros.

4. **EMPATÍA.** Conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas. La esencia de la empatía consiste en darse cuenta de lo que están sintiendo las personas sin necesidad de que lleguen a decirlo, ser capaces de ponerse en su lugar y cultivar la relación y el ajuste con una amplia diversidad de personas. Aunque los demás pocas veces expresen verbalmente lo que sienten, a pesar de todo están manifestándolo continuamente con su tono de voz, su expresión facial y otros canales de expresión no verbal. La capacidad de captar estas formas sutiles de comunicación exige el concurso de competencias emocionales básicas, como la autoconciencia y el autocontrol. Sin la capacidad de darnos cuenta de los propios sentimientos, o de impedir que nos desborden, difícilmente se puede llegar a establecer contacto con el

estado de ánimo de otras personas. Ser sensibles a los derechos de los demás, demostrarles simpatía y apreciar sus talentos. Esta disposición personal es fundamental para tener éxito a nivel profesional, más aún, se hace imprescindible para trabajar en cualquier actividad que exija colaboración en equipo. Ser respetuosos sin dejar de utilizar una crítica positiva nos ayudará a establecer un equilibrio emocional en la conducta diaria.

5. HABILIDADES SOCIALES. Capacidad para inducir respuestas deseables en los demás. Para finalizar estas 5 competencias que refleja Goleman en su modelo de IE se dejan ver en las actitudes capacidad para establecer relaciones interpersonales, capacidad de reacción positiva ante situaciones de conflicto o emergentes y capacidad moderadora que destacan Mejías y Serrano que deben desarrollar las enfermeras de salud mental.

ENFERMERAS ANTE LA PANDEMIA

El año 2020 también va a ser recordado como el Año Internacional de las Enfermeras, así lo designó la Organización Mundial de la Salud para celebrar la labor de las enfermeras, poner de relieve las difíciles condiciones a las que se enfrentan y promover el aumento de las inversiones en el personal de enfermería (Organización Mundial de la Salud, 2020c). Es un momento idóneo para visibilizar a las enfermeras y debido a ello surge el movimiento Nursing Now cuyo objetivo es mejorar la salud a nivel mundial elevando el perfil de la enfermería, influyendo en los responsables políticos y abogando por más enfermeras en puestos de liderazgo (Nursing Now, 2020).

Las enfermeras vivimos en el día a día del ejercicio de nuestra profesión situaciones de gran afectación emocional, dentro de un contexto que se encuentra rodeado de sentimientos y emociones, a veces difíciles de clasificar e identificar, y que se originan tanto en el paciente como en el propio profesional y que es necesario gestionarlas de manera adecuada para poder prestar cuidados de calidad.

La presente pandemia también nos ha dejado muchas imágenes de las emociones que se presentan en las enfermeras. Hemos visto frustración porque no hay mejoría en el paciente o porque no se disponen de los medios adecuados, tristeza cuando se ve a los pacientes sufrir o cuando no tienen posibilidad de despedirse de sus seres queridos antes de morir, ira cuando se cambian los protocolos drásticamente sin explicación, alegría porque los pacientes se van de alta una vez recuperados,... pero sin duda la emoción que más frecuentemente han desarrollado las enfermeras durante este periodo es el miedo a contraer la enfermedad y transmitirla a su entorno más directo además de la incertidumbre por no saber cuanto tiempo van a tener que practicar distancia social para protegerlos (Blanco-Donoso, Garrosa, Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrer y Moreno-Jiménez, 2020; El-Hage et al., 2020). El Consejo Internacional de Enfermería ha señalado que más de 600 enfermeras ha muerto por la COVID-19 en todo el mundo y más de 230,000 trabajadores sanitarios han contraído la enfermedad (Catton, 2020). Esta situación puede dañar la salud mental de las enfermeras, han sido momentos muy difíciles y muchas de ellas han desarrollado estrés postraumático, ansiedad, depresión, insomnio, ... (Luceño-Moreno, Talavera-Velasco, García-Albuérne y Martín-García, 2020).

Así que estos profesionales sanitarios tienen que desarrollar estrategias para poder detectar y manejar las emociones y utilizarlas de manera adecuada en el ejercicio de su profesión. Por eso es vital que dentro de la formación universitaria de las enfermeras se incluyan aspectos relacionados con las emociones y su control, tanto de los pacientes y familiares como de las propias enfermeras.

Una de las situaciones difíciles a la que se tienen que enfrentar profesionales y estudiantes es la muerte. La muerte, además de ser un hecho biológico, cuenta con una dimensión psicológica, social y cultural que varía según el momento histórico, las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece (Cruz-Quintana y García-Caro, 2007). La convivencia con la muerte también ha pasado de ser un acto íntimo que tenía lugar en el

entorno familiar, a un acto que tiene lugar en una institución hospitalaria (Edo-Gual, 2015). Además, a este proceso de institucionalización se le suma el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados, que han acarreado un incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y su mortalidad asociada (Gómez-Batiste, Espinosa, Porta-Sales y Benito, 2010). La gestión del proceso de morir es crucial para las instituciones dedicadas a la salud. Los profesionales son formados en el modelo de una atención dirigida a la curación (Benitez-del-Rosario y Salinas-Martín, 2000), a promover la salud, rehabilitar y prolongar la vida, y quizás por eso, el trabajo con personas en el proceso final de la vida es considerado como una de las experiencias más difíciles y estresantes dentro del ejercicio de la profesión (Costello, 2006).

Los estudiantes de enfermería a lo largo de sus prácticas clínicas toman contacto con el sufrimiento del enfermo terminal y su familia. Se ven obligados a enfrentarse tanto a los miedos del paciente como a los suyos propios (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Consideran el proceso de morir una de las experiencias más estresantes de las prácticas (Chocrón, Alfaya, Villaverde, Roa, Benbunan y Cruz, 2005). La “educación para la muerte” es un ámbito educativo inédito desde nuestra infancia y se trata de forma escasa e irregular en los planes de estudio de los futuros enfermeros (Hanzeliko-vá-Pogrányivá, García-López, Conty Serrano, López-Davila-Sánchez, Barriga-Martín y Martín-Conty, 2014). Por tanto, si se pudiera incidir en el aspecto emocional de los futuros profesionales de enfermería, estaríamos ayudando no sólo a éstos, sino también al enfermo, ya que la mejor preparación emocional del profesional repercutiría en una mejor calidad en la atención a la persona que se encuentra en la etapa final de su vida (Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2015; Bermejo, Villaceros y Hassoun, 2018). Se trata pues, de que los futuros profesionales utilicen las competencias emocionales para afrontar las situaciones de enfermedad y muerte del paciente. A través del constructo inteligencia emocional (López-Fernández, 2015) los universitarios, deberían ser conscientes de las emociones, compren-

derlas y manejarlas, no solo en ellos mismos, sino también en otras personas, utilizando éstas para razonar mejor. Hay estudios que manifiestan (Burnard, Edwards, Bennett, Thaibah, Tothova y Baldacchino, 2008) que los principales estresores para los estudiantes son el sufrimiento ajeno, la comunicación con una persona cercana a la muerte y la propia muerte del paciente. Otros autores (Edo-Gual, Tomás-Sábado y Aradilla-Herrero, 2011; Aradilla-Herrero, Tomas-Sabado y Gómez-Benito, 2013) destacaron que el miedo a la muerte, especialmente la muerte de otros, disminuye significativamente a medida que los alumnos avanzan con su formación. Además, los estudiantes que han presenciado una muerte durante las prácticas clínicas presentan menor miedo tanto al propio proceso de morir como al de otro, es decir, la experiencia de la muerte de otra persona ayuda al desarrollo de capacidades y estrategias de afrontamiento eficaces. Estos resultados contrastan con los obtenidos por otros autores (Mondragón-Sánchez, Torre Cordero, Morales Espinoza y Landeros-Olvera, 2015) donde muestran que los estudiantes de primer curso presentan menor miedo a la muerte, posiblemente porque aún no tenían experiencia clínica alguna.

Los estudiantes (Aradilla-Herrero, Tomas-Sabado y Gómez-Benito, 2013) con puntuaciones más altas en el área de atención emocional, muestran mayor miedo a la muerte, mientras que aquellos con puntuaciones altas en comprensión y regulación de las emociones presentan niveles inferiores de miedo a la muerte. Además, se sugiere la necesidad de formar adecuadamente en competencias emocionales a los futuros enfermeros para que afronten de una manera más eficaz y bajo un menor coste emocional las situaciones de sufrimiento y muertes (Fernández-Martínez, Liébana-Presa, Martínez-Soriano y López-Alonso, 2019). En esta línea otras investigaciones (Espinoza-Venegas y Sanhueza, 2012), han reportado resultados idénticos: hay una relación que indica que una mayor comprensión de las emociones y la mayor capacidad de regulación reduce el miedo a la muerte, mientras que una alta atención de los sentimientos lo incrementa. Por último, otros autores (Hopkinson, Hallett y Luker, 2005) sugirieron que las enfermeras con

niveles más altos en inteligencia emocional, afrontan de manera más positiva la muerte, al presentar mejores niveles de adaptación psicológica.

En este sentido profesoras del grupo de innovación docente CUIDAS de la Universidad de León están desarrollando un proyecto para formar a los futuros enfermeros en estas competencias en la asignatura de Cuidados Paliativos (López-Alonso, Fernández-Martínez, Liébana-Presa, Vázquez Casares y Castro-González, 2018; López-Alonso, Fernández-Martínez, Sánchez-Valdeón, Quiñones-Pérez, Robles-Farto, Martínez-Martínez, Valle-Barrio, Granado-Soto y Liébana-Presa, 2020). En este proyecto se enmarca dentro de la simulación clínica. Este tipo de metodología educativa trata de introducir al estudiante en escenarios que imitan la realidad del entorno clínico, permitiéndoles adquirir destrezas y confianza en sí mismos (Astudillo-Araya et al., 2017; Urra-Medina, Sandoval-Barrientos, y Iribarren-Navarro, 2017), así como un afrontamiento positivo (Extremera-Pacheco, Durán-Durán, y Rey, 2007) antes de experimentar las situaciones reales. Responde a la necesidad de la Universidad de innovar en las metodologías activas (Robledo-Ramón, Fidalgo-Redondo, Arias-Gundín y Álvarez-Fernández, 2015), y a la exigencia de una educación centrada en el aprendizaje por competencias, donde el estudiante es el objetivo de la formación (Astudillo-Araya et al., 2017; Miller et al., 2011), facilitándole un rol activo en el que sea protagonista de la construcción de su propio aprendizaje. Estas experiencias simuladas proporcionan a los estudiantes un espacio de reflexión (debriefing) sobre los escenarios, actitudes y comportamientos ante la muerte, y de cómo acompañar a otros en este proceso, a través del reconocimiento de sus miedos y sus propias emociones. Es decir, les sirve de espejo de varias personas, mostrándoles a la vez sus puntos fuertes y débiles en la relación terapéutica que se establece con el enfermo y su familia (López-Alonso et al., 2018).

La metodología innovadora resulta ser una herramienta didáctica adecuada para aportar contextos al estudiante de enfermería, que le acerquen a la realidad clínica del proceso final de vida y los duelos del enfermo, los familiares y los propios profesionales. Les brinda la oportunidad de vivir la

diferencia entre intervenir y el hecho de acompañar en el proceso de muerte, además del valor del silencio y la presencia discreta en medio del dolor, permitiendo que el moribundo encuentre sus propias respuestas. El estudiante puede experimentar cómo se acompaña sin interferir en la trascendencia del hecho de morir. Los juegos permiten al estudiante observar tanto el entorno externo (cómo lo vivencian los enfermos y familiares), como el interno (cómo vivo yo la situación planteada) y que, llevado al espacio clínico, representa la vivencia que tienen los pacientes y familiares, y cómo me siento e interactúo yo en esta situación. Posteriormente, las reflexiones en grupo les permite dar un significado y sentido a lo que han vivido, y relacionarlo con el contexto clínico. La intervención aumenta el número de estudiantes que se autoperciben mejor preparados, asistencial y emocionalmente, y a la vez, les proporciona una valoración más realista sobre el miedo sentido ante la muerte propia y de los otros. Es decir, ayudan a los estudiantes a discernir que tener miedo y reconocerlo no implica menor preparación para afrontar los cuidados del moribundo, y sí establece un criterio para evaluar en qué medida se perciben competentes.

La simulación con gamificación, es un recurso y metodología docente, que facilita la consecución de los objetivos y competencias programadas en la asignatura. Al recrear escenarios clínicos, y hacerlo en un entorno amigable y satisfactorio, logra una alta participación y motivación en el estudiante, que aprende mientras juega.

Si bien los valores medios de las variables de autopercepción de preparación Asistencial y Emocional han aumentado en el periodo post simulación experiencial con juegos, se observa que el porcentaje de estudiantes que previamente se percibía muy preparado emocionalmente ha disminuido. Este hallazgo está alineado con estudios que argumentan que cuando a los estudiantes se les aumenta el contacto con la realidad y tienen que ofrecer respuestas concretas, es cuando reconocen la diferencia entre el conocimiento teórico y el saber hacer profesional o competencial, de ahí que la expe-

riencia realizada les reubica en un nuevo valor de preparación (Edo-Gual, Tomás-Sábado y Aradilla-Herrero, 2011; López-Alonso et al., 2018).

CONCLUSIONES

En estos tiempos que nos ha tocado vivir, cuando menos novedosos para todos, pero con un objetivo compartido que es estar bien y hacer que los que están a nuestro alrededor estén bien tenemos que seguir las medidas de distancia social, mascarilla e higiene de manos, por supuesto. Medidas principales y más importantes, pero para conseguir este objetivo de estar saludables no basta con estas tres medidas, tenemos que seguir con buenos hábitos de vida como alimentación equilibrada y saludable, ejercicio físico, aire libre, sol,... y por supuesto mantenernos optimistas, felices y mejorar nuestra resiliencia para que nuestro sistema inmune esté fuerte y pueda ganar la batalla al SARS-CoV-2 y a otros tantos virus y bacterias que también causan problemas en nuestra salud. Además para seguir avanzando como sociedad no nos llega con esto, necesitamos juntarnos, somos seres sociales, necesitamos a los otros.

HE DICHO.

BIBLIOGRAFÍA

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Nueva York: Wiley.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2013). Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *OMEGA-J Death Dying*, 66(1), 39-55.
- Astudillo-Araya, Á., López-Espinoza, M. Á., Cádiz-Medina, V., Fierro-Palma, J., Figueroa-Lara, A. y Vilches-Parra, N. (2017). Validación de la encuesta de calidad y satisfacción de simulación clínica en estudiantes de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 23(2), 133-145. doi:10.4067/S0717-95532017000200133
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. (Prefacio de Martin E.P. Seligman). Madrid: Alianza.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On emotional quotient inventory: technical manual*. Toronto: Multi Health System.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from emotional quotient inventory. En R. Barr-On y J. D. A. Parkers (Eds). *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace* (pp 363-388). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Benitez-del-Rosario, M. y Salinas-Martín, A. (2000). *Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización*. Springer-Verlag Ibérica.

- Bermejo, J. C., Villacieros, M. y Hassoun, H. (2018). Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios. *Medicina Paliativa*, 25, 168-74. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.02.004>
- Bjorklund, D. F. (2015). Developing adaptations. *Developmental Review*, 38, 13-35. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.002>
- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Gálvez-Herrer, M., Moreno-Jiménez, B. y Garrosa, E. (2020). Occupational psychosocial risks of health professionals in the face of the crisis produced by the COVID-19: From the identification of these risks to immediate action. *International Journal of Nursing Studies*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnns.2020.100003>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubinet, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., et al. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Educ Today*, 28(2), 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.04.002>
- Catton, H. (2020). Más de 600 enfermeras han fallecido por la COVID-19 en todo el mundo. <https://www.icn.ch/es/noticias/mas-de-600-enfermeras-han-fallecido-por-el-covid-19-en-todo-el-mundo>
- Chocrón, S., Alfaya, M. M., Villaverde, C., Roa, J. M., Benbunan, B. y Cruz, F. (2005). El impacto emotivo del hospital: implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de enfermería. *Rev ROL enfermería*, 28(10), 35-42.

- Cooper, R. K. y Sawaf, A. (1997). *Executive Eq. Emotional intelligence and leadership and organizations*. New York: Gross/Putman.
- Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *J Adv Nurs*, 54(5), 594-601.
- Cruz-Quintana, F. y García-Caro, M. (2007). *SOS. Dejádme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Pirámide.
- Dalton, L, Rapa, E. y Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*, doi:10.1016/S2352-4642(20)30097-3
- De la Barrera, U., Villanueva, L. y Prado-Gascó, V. (2019). Emotional and personality predictors that influence the appearance of somatic complaints in children and adults. *Psicothema*, 31(4), 407-413. doi: 10.7334/psicothema2019.69
- Edo-Gual, M. (2015). *Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya* [Tesis]. Universitat Internacional de Catalunya, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla-Herrero, A. y Tomás-Sábado, J. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *J Clin Nurs*, 24(17-18), 2429-2438. <https://doi.org/10.1111/jocn.12813>
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., y Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135. doi:10.1016/j.enfcli.2011.01.007
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., et al. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?. *Encephale*, 46(3S), S73-S80. doi:10.1016/j.encep.2020.04.008

- Espinoza-Venegas, M. y Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 607-13.
- Extremera-Pacheco, N., Durán-Durán, M., y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 1(342), 239–256.
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. y Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14(1). <http://10.0.4.162/s13034-020-00329-3>
- Fernández-Abascal, E. G., Jiménez, M. P. y Marton M. D. (2003). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. Centro de Estudios Ramón Areces: Madrid.
- Fernández-Martínez, E., Liébana-Presa, C., Martínez-Soriano, M. y López-Alonso, A. (2019). Fear of death and its relationship with emotional intelligence in nursing students. *Medicina Paliativa*, 26(3), 205-210. [10.20986/medpal.2019.1063/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1063/2019)
- Gadner, H. (1993). *Multiple Intelligences. The theory in practice*. Nueva York: Basic Books.
- Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada. Inteligencias múltiples en el siglo XXI*. España: Paidós.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (2006). *La práctica de la inteligencia emocional* (19ed.). Kairós: Barcelona.
- Goleman, D. (2007). *Inteligencia emocional* (60ed.). Kairós: Barcelona.

- Gómez-Batiste, X., Espinosa, J., Porta-Sales, J. y Benito, E. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin*, 135(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.02.015>
- Hanzeliková-Pogrányivá, A., García-López, M., Conty Serrano, M., López-Davila-Sánchez, B., Barriga-Martín, J. y Martín-Conty, J. (2014). Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. *Enferm Glob*, 33, 133-44.
- Hopkinson, J. B., Hallett, C. E. y Luker, K. A. (2005). Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *Int J Nurs Stud*, 42(2), 125-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004>
- Izard, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Kim, J. H., Hawley, C. E. y González, R. (2018). Resilience From a Virtue Perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 61(4), 195-204. <https://doi.org/10.1177/0034355217714995>
- Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J. y Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory síndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobiological Agents*, 55(3),105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- López Alonso, A., Fernández-Martínez, E., Liébana-Presa, C., Vázquez Casares, A. y Castro-González, M. P. (2018). Los juegos experimentales de aula: una herramienta didáctica en cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03310. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007703310>
- López-Alonso, A., Fernández-Martínez, E., Sánchez-Valdeón, L., Quiñones-Pérez, M., Robles-Farto, A., Martínez-Martínez, S., Valle-Barrio, V.,

- Granado-Soto, M. y Liébana-Presa, C. (2020). El valor de la simulación a través de juegos experienciales de aula: los recursos que cuestan poco y valen mucho. En: *Innovación docente e investigación en salud*. Madrid, Dykinson, 763 – 788.
- López-Fernández, C. (2015). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educ Médica*, 16(1), 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.002>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y. y Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 5514. doi:10.3390/ijerph17155514
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. J Sluyter (eds), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R.J. Sternberg (eds.), *Handbook of intelligence* (pp.396-420). Nueva York: Cambridge University Press.
- Mestre, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (2007). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Miller, R. L., Amsel, E., Kowalewski, B. M., Beins, B. C., Keith, K. D., Peden, B. F. y Society for the Teaching of Psychology. (2011). Promoting Student Engagement. Volume 1: *Programs, Techniques and Opportunities*. Washington, D.C: Society for the Teaching of Psychology.
- Molero, M. M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M. C. y Gázquez, J. J. (2020). Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española. *Atención Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2020.05.001

- Mondragón-Sánchez, E. J., Torre Cordero, E. A., Morales Espinoza, M. de L. y Landeros-Olvera, E. A. (2015). A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(2), 323-8.
- Niitsu, K., Rice, M. J., Houfek, J. F., Stoltenberg, S. F., Kupzyk, K. A., y Barron, C. R. (2018). A Systematic Review of Genetic Influence on Psychological Resilience. *Biological Research For Nursing*, 21(1), 61-71. <https://doi.org/10.1177/1099800418800396>
- Nursing Now. (2020). Quienes somos. <https://www.nursingnow.org/who-we-are/>
- Organización Mundial de la Salud (2020a). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Mundial de la salud. (2020b). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la salud. (2020c). Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería. <https://www.who.int/es/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Martos Martínez, Á., Fernández-Martínez, E., Franco Valenzuela, R., Herrera-Peco, I., Jiménez-Rodríguez, D., Méndez Mateo, I., Santillán García, A., Simón Márquez, M. M. y Gázquez Linares, J. J. (2020). Design and Validation of the Adaptation to Change Questionnaire: New Realities in Times of COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 5612. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph17155612>

- Raile, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier. Barcelona.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo de 2020.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Reivich, K. y Shatte, K. (2002). *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. New York, NY: Broadway Books.
- Robledo-Ramón, P., Fidalgo-Redondo, R., Arias-Gundín, O. y Álvarez-Fernández, L. (2015). Percepción de los estudiantes sobre el desarrollo de competencias a través de diferentes metodologías activas. *Revista de Investigación Educativa*, 33(2), 369–383. doi:10.6018/rie.33.2.201381
- Salovey, P. y Mayer J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Singer, D. R. J. (2020). Health policy and technology challenges in responding to the COVID-19 pandemic. *Health Policy and Technology*, In Press.
- Sternberg, E. (2000). Emociones y enfermedad: un equilibrio de moléculas. En R. Conlan, *Estados de ánimo. Cómo nuestro cerebro nos hace ser como somos* (pp 101.117). Barcelona: Paidós.
- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gen y Apl Rev la Fed Española Asoc Psicol*, 56(3), 257-79.
- Urra-Medina, E., Sandoval-Barrientos, S. y Irribarren-Navarro, F. (2017). El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación en Educación Médica*, 6(22), 119–125. doi:10.1016/j.riem.2017.01.147
- Zhang, H. y Shaw, R. (2020). Identifying Research Trends and Gaps in the Context of COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(10), 3370; <https://doi.org/10.3390/ijerph17103370>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W. y Lu, R. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China. *N. Engl. J. Med.*, 382, 727–733. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017

Lección Inaugural del Curso Académico
2020-2021
Campus de Ponferrada