



Programa De Autonomía Emocional “AAARAR” Para Personal De Salud

Autor:

Nicolás Gordillo Holguin

Directores:

Caleb Saldaña Medina & Martha Torres Narváez

Magister en Inteligencia Emocional y Bienestar

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Decanatura del Medio Universitario

Maestría en Inteligencia Emocional y Bienestar

Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia

2025

Tabla de contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES	6
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
MÉTODO	11
POBLACIÓN Y MUESTRA	11
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	11
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL	15
MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN A LA IE Y MODELO MINDSET	16
MÓDULO 2: AFECTIVIDAD SITUADA Y CORPORIZADA Y RESONANCIA INTERCORPORAL	17
MÓDULO 3: MINDFULNESS	18
MÓDULO 4: ENTRENAMIENTO BRIGADA DE APOYO EMOCIONAL.....	18
RESULTADOS	20
INDICADORES DE PROCESO.....	20
ESCALAS DE AUTOESTIMA Y RESILIENCIA (MEDIDAS PRETEST Y POSTTEST).....	22
HOMBRES VS. MUJERES.....	25
ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LOS INDICADORES DE PROCESO.....	26
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	28
CONCLUSIONES	30
VALORACIÓN PERSONAL	32
REFERENCIAS	34
ANEXOS	40

Resumen

El personal de salud es una de las poblaciones más vulnerables y con mayor tendencia a presentar problemas psicológicos relacionados con la exposición a factores de riesgo psicosocial (FRP). Es por esto por lo que es fundamental que esta población cuente con una elevada inteligencia emocional (IE), la cual ha mostrado ser un factor protector frente a estas problemáticas. Este programa de educación emocional (PEE) se planteó como un estudio experimental analítico con medidas pretest y posttest e indicadores de proceso que evaluó los resultados de la implementación de un PEE enfocado en la competencia de **autonomía emocional** para una población personal de salud. El PEE estuvo dividido en cuatro módulos de dos horas presenciales por módulo, además de actividades autónomas para realizar en casa. Los resultados mostraron que el porcentaje de participantes que obtuvieron un puntaje equivalente a una autoestima elevada aumentó un 11% entre el pretest y el posttest, mientras que el porcentaje de participantes que obtuvieron un puntaje equivalente a una resiliencia alta aumentó un 16% entre el pretest y el posttest. Como conclusión, el PEE impactó y desarrollo habilidades de autonomía emocional, en particular los elementos de autoestima y resiliencia.

Palabras Clave

Programa de educación emocional (PEE), inteligencia emocional (IE), autonomía emocional, autoestima, resiliencia.

Introducción

Se cree que los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el año 2030 y cerca de un 25% de la población sufrirá algún trastorno de salud mental a lo largo de su vida (Fundación Adecco, 2021). Los problemas mentales y cognitivos (estrés y tecnoestrés, ansiedad, burnout, etc.) ya son la segunda causa percibida como factores de riesgo e incapacidad por el 55% de las empresas (Blasco de Luna, et al., 2021). El Centro de Estudios Sociales y Laborales – CESLA de la ANDI en su informe: “Incapacidades y Reubicaciones Médicas 2022 (EALI)” (Arrieta-Burgos et al., 2024), hace énfasis en los costos asociados a mantener el puesto del trabajador que se ausenta; un problema importante debido al coste económico y social que suponen (Gil-Monte, 2012). Por otro lado, en un estudio que evaluó el impacto de invertir en programas de bienestar, se vio que los costos médicos caían aproximadamente \$3,27 dólares y los costos por ausentismo laboral disminuían aproximadamente \$2,73 dólares por cada dólar gastado en estos programas (Baicker et al., 2010).

En el contexto hospitalario, el personal de salud se expone a diferentes factores de riesgo psicosocial (FRP). Los factores de riesgo psicosocial son condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras (Gil-Monte, 2012). Entre los FRP están las demandas: cuantitativas, de carga mental, emocionales, de responsabilidad del cargo, ambientales y de esfuerzo físico, de la jornada del trabajo, de la consistencia del rol y de la influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral (Ministerio de la Protección Social, 2010). Se reconoce que los entornos laborales pueden llegar a producir alteraciones como el estrés o el burnout, y que se manifiestan como una combinación de cansancio emocional, fatiga física, pérdida del interés por la actividad, baja realización laboral y deshumanización (Martínez & Salanova, 2003). Además, esto no solo impacta la salud del

trabajador, sino que también incide en la calidad de su desempeño y, por tanto, en el logro de los objetivos de la organización (Blanco, 2011). Se ha visto como al personal de salud los FRP afectan su bienestar psicológico y su capacidad para brindar atención de calidad a los pacientes (Bültmann, et al., 2002), así como puede llevarlos a experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral; quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida (Torres-Muñoz, et al., 2020). Dentro de los FRP, las demandas emocionales son uno de los factores más significativos (Johannessen, et al., 2013), y se ha visto que la necesidad de satisfacer las demandas de los cuidadores y de la institución (teniendo que mostrar expresiones de compromiso, apoyo y cuidado), puede llevar a los trabajadores a ocultar sus emociones generando en consecuencia una gestión emocional inadecuada (Padilla et al., 2019; Ansoleaga y Toro, 2014). Por todo esto, se considera que el personal de salud es una de las poblaciones más vulnerables y con mayor tendencia a presentar problemas psicológicos relacionados con la exposición a FRP (Han, et al., 2018; Elshaer, et al., 2018; Wu, et al., 2018).

Por otro lado, la Inteligencia Emocional (IE), entendida como la capacidad de percibir y expresar la emoción, asimilar la emoción en el pensamiento, comprender y razonar con la emoción y regular las emociones propias y de los demás (Mayer et al., 2011), se ha mostrado como un factor de protección frente a las problemáticas expuestas. Un metaanálisis basado en las respuestas de 7898 participantes encontró que una mayor IE se asociaba con una mejor salud, y esta relación mostraba un mayor coeficiente de correlación para la salud psicosomática (salud física y mental), seguido de la salud mental (Schutte et al., 2007). En otro metaanálisis, que busco ampliar el primer estudio incrementando sus participantes a 19.815, se corroboraron las mismas tendencias, y se concluyó que una mayor IE se asociaba con una mejor salud pero que, sobre todo, esta relación mostraba un mayor coeficiente de correlación para la salud mental (Martins et al., 2010).

Por otro lado, hay estudios que han demostrado la importancia de las competencias emocionales para el éxito laboral del personal de salud (Peña y Dávila, 2017), o la relación que existe entre la IE y el clima organizacional (Aranguren y Lozano, 2019).

Fundamentación Teórica y Antecedentes

El presente PEE es una subdivisión del proyecto Libélula. El proyecto Libélula tiene como objetivo implementar un programa de educación emocional, enfocándose en la educación emocional somática y la alfabetización en salud para pacientes, personal de salud y cuidadores que tratan con enfermedades crónicas no transmisibles. Dentro de la IE, este proyecto utiliza el modelo de cuatro habilidades: percibir, facilitar, comprender y regular (Mayer y Salovey, 1997; Mayer *et al.*, 2016), y el modelo de Competencias Emocionales (CE) (Bisquerra y Pérez, 2007), utilizando únicamente la competencia de **autonomía emocional** de este último. El presente estudio se enfocó únicamente en el entrenamiento y la evaluación de esta última competencia, la cual se define como el conjunto de características y elementos relacionados con la **autogestión personal**, entre las que se encuentran: la **autoestima** (tener una imagen positiva, estar satisfecho, y/o mantener buenas relaciones consigo mismo), la **automotivación** (capacidad de automotivarse e implicarse emocionalmente en actividades diversas de la vida), la **autoeficacia** (capacidad para sentirse como se desea y generarse las emociones que se necesita, además de aceptar su propia experiencia emocional), la **responsabilidad** (capacidad de responder por los propios actos, y tener la intención de implicarse en comportamientos seguros, saludables y éticos), la **actitud positiva**, y la **resiliencia** (capacidad para afrontar y superar condiciones de vida adversas) (Bisquerra y Pérez, 2007). De aquí nace el acrónimo: “**AAARAR**”, que también le da el nombre al presente PEE. El PEE estuvo basado en tres pilares teóricos:

1. **Modelo Mindset** (Dweck, 2006). Mindset significa “mentalidad”, y se refiere al conjunto de creencias, conocimientos, actitudes, sentimientos y emociones que tenemos y que moldean todos los aspectos de nuestra vida, existiendo una “Mentalidad Fija” y una “Mentalidad de Crecimiento” (Dweck, 2006). La primera cree que la inteligencia, las habilidades y los talentos son rasgos fijos e inmutables (es decir no hay forma de desarrollarlos), mientras que la segunda cree que la inteligencia, las habilidades y los talentos no son rasgos fijos, sino que pueden desarrollarse mediante la dedicación, el esfuerzo y la disposición a aprender (Dweck, 2006). Esta última idea incentiva a que queramos afrontar los desafíos, aprender de la retroalimentación y perseverar ante los contratiempos; desarrollando naturalmente nuestra **autoestima**, **resiliencia**, **automotivación**, perseverancia y **actitud positiva**; componentes claves de la autonomía emocional. En una revisión de 4927 artículos sobre mentalidad de crecimiento en profesionales de la salud, se encontró que los principales beneficios de promover esta mentalidad era que ayudaba a los profesionales de la salud a ser más receptivos a la retroalimentación e incrementaba su resiliencia y perseverancia (Wolcott et al., 2021). En una revisión sistemática sobre la resiliencia en cuidadores, se encontró que promover un estilo de afrontamiento resiliente reducía la angustia que normalmente surge de los cambios relacionados con la enfermedad, además de que podía disminuir el riesgo de estrés y sobrecarga, e incentivar la adaptación del cuidador (Palacio et al., 2020). En otra revisión de 398 estudios que evaluaba la relación entre una mentalidad fija, autoestima y emociones negativas asociadas al fracaso en estudiantes universitarios, se encontró que existe una relación entre la mentalidad fija y las emociones negativas relacionadas con el fracaso. Además, se pudo comprobar que la creencia en la naturaleza inmutable de la inteligencia y las habilidades (mentalidad fija), afecta principalmente a la autoestima, lo

que a su vez conduce a resultados afectivos más negativos. (Gál et al., 2022). Por último, en una revisión sobre los beneficios de la autoestima, evaluando varios metaanálisis a gran escala y cientos de estudios individuales, se encontró que una alta autoestima ayuda a las personas a adaptarse y tener éxito en diversos ámbitos de la vida, incluyendo relaciones más satisfactorias, un mejor rendimiento académico y laboral, una mejor salud mental y física, y la abstención de conductas antisociales. Además, estos beneficios se mantienen en diferentes etapas de la vida, en diferentes grupos raciales y étnicos, y tanto para hombres como para mujeres (Orth & Robins 2022).

- 2. Teoría de la Afectividad Situada y Corporizada** (Fuchs y Koch, 2014; Colombetti, 2014; Colombetti, 2017) y **Teoría de la Resonancia Intercorporal** (Merleau-Ponty, 1964). La afectividad situada y corporizada manifiesta que los estados de ánimo no sólo dependen de los estados internos del organismo, sino también de la situación contextual, el tipo de interacción que se realiza con el mismo, y la corporalidad (Colombetti, 2014; 2017). Esta corporalidad se vive a través de sensaciones, posturas, gestos y expresiones, convirtiendo al cuerpo en un medio para experimentar, reconocer y procesar emociones (Fuchs y Koch, 2014). Aquí se busca potenciar, sobre todo, la proposición de que cuando tenemos emociones vagas/difusas, o cuando nos cuesta trabajo hacer conciencia de estas, si atendemos a nuestras sensaciones corporales y tendencias cinestésicas, podemos lograr que estas emociones se vuelven más accesibles a nuestra comprensión y explicación verbal (Fuchs & Koch, 2014). Además, esta “sensibilidad interoceptiva” facilita la autorregulación emocional al dar retroalimentación a nuestra mente sobre nuestro estado emocional presente (Fustos et al., 2011), logrando con esto que tengamos mayor **conciencia, regulación y autonomía emocional**. La Resonancia Intercorporal (Merleau-Ponty, 1964), refiere que la experiencia corporal se entrelaza con la experiencia corporal

de los demás, generando una interacción circular que modifica constantemente el estado corporal y emocional de los involucrados, y que produce en últimas una “incorporación mutua”. Esto para muchos es la base de la empatía y, se ha comprobado que, al replicar las expresiones faciales, posturas y movimientos corporales de una persona, tendemos a converger emocionalmente con ella (Condon, 1979), y por tanto a experimentar las mismas emociones asociadas (Fuchs & Koch, 2014). En una revisión que evaluó la evidencia de sistemas espejo en las emociones, se reveló como al observar las emociones de los demás, también se reclutaban regiones cerebrales involucradas en experimentar emociones similares (Bastiaansen et al., 2009). Con esta teoría se buscó que los participantes hicieran mayor conciencia del impacto de su corporalidad y la de sus compañeros de trabajo en los estados emocionales mutuos; y se trabajará a través del mismo concepto la capacidad de mantener su estado emocional independientemente del estado emocional del otro (autonomía emocional).

- 3. Técnica Mindfulness** (Kabat-Zinn, 2003). Definida como el estado de conciencia que se logra al prestar atención de manera intencional y sin juicio al flujo de experiencias internas y externas que ocurren en el momento presente (Kabat-Zinn, 2003). Se ha visto que, al aplicar esta práctica, se cultiva una mayor **conciencia** y comprensión de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales, y esto permite una mejor **regulación emocional** y una mayor aceptación de la experiencia (Bishop et al., 2004). Esta mayor aceptación de experiencias facilita igualmente una mayor aceptación de nosotros mismos, convirtiéndose en una herramienta para mejorar la percepción que tenemos de nosotros mismos y, así, mejorar nuestra **autoestima** (Ruiz, 2024). Además, algunos estudios han demostrado que es una herramienta efectiva de autorregulación emocional (Ramos, et al., 2012). En un estudio realizado sobre 497 profesionales de la salud que recibieron

entrenamiento en mindfulness, se encontró que en comparación con el grupo control, los primeros tuvieron mejores índices de regulación emocional, ansiedad y estrés después de 6 meses desde el final de la intervención (Barattucci et al., 2019). En un metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorios que evaluó 38 estudios diferentes sobre entrenamiento en Mindfulness para profesionales de la salud, encontró que las intervenciones basadas en Mindfulness eran eficaces para reducir angustia y mejorar el bienestar de los profesionales de la salud (Spinelli et al., 2019). Por último, en una revisión sistemática de la literatura, se encontró que el Mindfulness fue eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés en los profesionales de la salud. También se demostró que fue eficaz para aumentar los niveles de atención plena y autocompasión en estos últimos (Kriakous et al., 2021).

Objetivo General

Implementar y evaluar un Programa de Educación Emocional (PEE) enfocado en la competencia de **autonomía emocional** para una población personal de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de Bogotá.

Objetivos Específicos

- Entrenar la competencia de **autonomía emocional** (Bisquerra y Pérez 2007) para fortalecer los elementos que hacen parte de esta (autoestima, automotivación, autoeficacia, responsabilidad, actitud positiva y resiliencia) en una población personal de salud, y así mitigar la aparición de FRP.
- Integrar el programa de educación emocional como herramienta del Centro de Gestión de Emociones de la Subred Sur Occidente de Bogotá y la brigada de apoyo emocional.

Método

Población y Muestra

Personal de salud administrativo y asistencial (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y acompañantes terapéuticos), de sexo masculino y femenino (seis hombres y veintisiete mujeres), con edades entre los 22 y 69 años (media de 41 años), y que pertenecen a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de Bogotá.

- **Criterios de inclusión:** Personal de salud administrativo y asistencial (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y acompañantes terapéuticos), de sexo masculino y femenino, con edades entre 22 y 69 años, que pertenecen a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de Bogotá, que firmen el consentimiento informado y que respondan a los instrumentos de evaluación y a los indicadores de proceso.
- **Criterios de exclusión:** Personal de salud no administrativo ni asistencial (ej. Personal de seguridad, aseo, mantenimiento, etc.).

Evaluación Del Programa

Fue un estudio experimental analítico con medidas pretest y posttest. El programa evaluó la competencia de **autonomía emocional** con instrumentos antes de la intervención (pretest) y después de la misma (posttest), así como durante el PEE aplicando indicadores de proceso (medidas repetidas). También se realizó una encuesta de satisfacción al finalizar el PEE.

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

1. **Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).** Es el instrumento más utilizado a nivel mundial para medir autoestima tanto en la práctica clínica como en la investigación científica (Torres, 2017), abarcando dentro de esta última los conceptos de autoaceptación, autoconfianza y sentimientos de valor propio. La escala ha sido validada en diversas poblaciones y culturas y mide la autoestima tanto positiva como negativa. Los resultados se pueden interpretar de la siguiente manera:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4 (**anexo A**).

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja.

2. **Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (Wagnild & Young, 1993).** Evalúa cinco dimensiones de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems) y perseverancia (7 ítems). Además, evalúa dos factores:
 - a. **Competencia Personal:** Integrado por 17 ítems que revelan autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.
 - b. **Aceptación de uno mismo y de la vida:** Integrado por 8 ítems que revelan adaptabilidad, balance, flexibilidad, y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación de la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores van desde 25 a 175 (**anexo A**).

Valores mayores a 147: Resiliencia alta.

Valores entre 121 y 146: Resiliencia moderada.

Valores por debajo de 121: Resiliencia escasa.

3. **Encuesta de satisfacción.** Al finalizar el PEE se realizó una **encuesta de satisfacción** para identificar la percepción de los participantes. Esta encuesta fue divulgada por medio de la plataforma de mensajería WhatsApp (**anexo A**) y realizó cuatro preguntas:
 - a. ¿Cuántas estrellas le darías al programa?
 - b. ¿Qué te parecieron los contenidos del programa?
 - c. Cuéntanos algo que hayas aprendido en el programa
 - d. ¿Qué recomendaciones harías para mejorar el programa?

Los indicadores de proceso que se utilizaron por medio de medidas repetidas fueron las siguientes **tres preguntas**, las cuales se realizaban siempre al finalizar cada módulo:

1. **¿Cuántas cualidades puedo nombrar sobre mí mismo en un minuto?** El modelo Mindset establece que nuestras cualidades, habilidades, e inteligencias no son fijas, sino que están en constante crecimiento. Un aumento en el nombramiento de cualidades propias es un indicador de un **autoconcepto positivo** más amplio, lo que impacta en elementos de la autonomía emocional como la autoestima, la automotivación, la autoeficacia, la actitud positiva y la resiliencia.

A los participantes se les mostraba la pregunta y tenían un minuto cronometrado para anotar el **mayor número de cualidades posibles**.

Como **indicador de cambio** se evaluó el **número total de palabras registradas por cada participante**; analizando la diferencia en el número de palabras entre los tres módulos en los que se aplicaron los indicadores.

2. **¿Cuántas parejas emoción-parte del cuerpo puedo encontrar en un minuto?** La teoría de la afectividad situada determina que el cuerpo es un medio para experimentar, reconocer y procesar emociones, así que cuando atendemos a nuestras sensaciones corporales podemos lograr que estas emociones se vuelven más accesibles a nuestra comprensión. Además, esta “sensibilidad interoceptiva” facilita la autorregulación emocional al dar retroalimentación a nuestra mente sobre nuestro estado emocional presente. Un aumento en la mención de parejas emoción-parte del cuerpo es un indicador de crecimiento en la **autoconciencia emocional**, lo que impacta en elementos de la autonomía emocional como la autoeficacia y la responsabilidad.

A los participantes se les mostraba la pregunta y tenían un minuto cronometrado para anotar el **mayor número de parejas emoción-parte del cuerpo posibles**.

Como **indicador de cambio** se evaluó el **número total de parejas registradas por cada participante**; analizando la diferencia en el número de parejas entre los tres módulos en los que se aplicaron los indicadores.

3. **¿Cuántos aspectos de mi cuerpo y de mi personalidad puedo aceptar en un minuto?**
El Mindfulness decreta que debemos aceptar y no juzgar todas las experiencias internas y externas de nuestra vida. Un aumento en la nominación de frases donde aceptaran aspectos de su cuerpo y de su personalidad es un indicador de una mayor **autoaceptación**,

lo que impacta en elementos de la autonomía emocional como la autoestima, la actitud positiva, la automotivación y la autoeficacia.

A los participantes se les mostraba la pregunta y tenían un minuto cronometrado para anotar el **mayor número posible de frases donde aceptaran aspectos de su cuerpo y de su personalidad** empezando siempre con: “acepto...”.

Como **indicador de cambio** se evaluó el **número total de frases registradas por cada participante**; analizando la diferencia en el número de frases entre los tres módulos en los que se aplicaron los indicadores.

Descripción Del Programa De Educación Emocional

Se implementó un PEE llamado “AAARAR”, enfocado en una de las cinco CE del modelo pentagonal de CE de Bisquerra y Pérez (2007); la competencia de **autonomía emocional**. Este PEE fue presentado a Katherine Parra, referente de bienestar y cultura de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de Bogotá. Una vez aceptada la propuesta del PEE, se realizó una convocatoria voluntaria a través del correo electrónico institucional, en donde se presentó el PEE como un **componente** de un plan de formación como **Brigadistas de Apoyo Emocional**. A esta convocatoria se inscribieron treinta y tres personas.

El PEE se dividió en cuatro módulos, cada módulo abordó una temática diferente, y se combinaron actividades presenciales de dos horas mensuales cada una (divididas en tres opciones de franjas horarias que los participantes escogían: 8 am – 10 am, 10 am – 12 pm y 2:30 pm a 4:30 pm, para un total de ocho horas presenciales), con la aplicación de instrumentos e indicadores de proceso, y actividades autónomas que incluían tareas y retos para realizar en casa como estrategia para fortalecer el aprendizaje (ej. Practicar una técnica o aplicar una teoría aprendida en el módulo durante varios días y registrar en una hoja las reflexiones al respecto). La duración total

del PEE fue de cuatro meses y para el formador fueron un total de 24 horas de enseñanza. Además, se usó el espacio **Bien-estar en Equilibrio y Armonía** del **Centro de Gestión de Emociones (CGE)** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de Bogotá para consolidar el aprendizaje y fortalecer el vínculo con la institución. Los módulos y sus temáticas estuvieron organizados de la siguiente manera:

MÓDULO 1: Introducción a la IE y Modelo Mindset

- Se utilizó el *Espacio Bien-estar en Equilibrio y Armonía del CGE*.
- **Objetivo:** Trabajar **autoestima, automotivación, autoeficacia, responsabilidad, actitud positiva y resiliencia.**
- Se aplicó:
 - **Consentimiento informado.**
 - *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (pretest).*
- **Temas:**
 1. Emociones positivas vs. emociones negativas.
 2. Teoría de las **Inteligencias Múltiples** (Gardner, 1983).
 3. Introducción a la **Inteligencia Emocional** y a la *Autonomía Emocional*.
 4. Teoría del modelo **MINDSET**.
 5. Discusión del modelo **MINDSET**.
- Aplicación de *Indicadores (medidas repetidas)*:

1. *¿Cuántas cualidades puedo nombrar sobre mí mismo en un minuto?*
 2. *¿Cuántas parejas emoción-parte del cuerpo puedo encontrar en un minuto?*
 3. *¿Cuántos aspectos de mi cuerpo y de mi personalidad puedo aceptar en un minuto?*
- **Entrega de Tarea (Estrategia para mantener y fortalecer el aprendizaje) (Anexo B).**

MÓDULO 2: Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal

- Se utilizó el *Espacio Bien-estar en Equilibrio y Armonía del CGE*.
- **Objetivo:** Trabajar **conciencia** y **regulación** emocional, además de **autoeficacia** y **responsabilidad**.
- **Temas:**
 1. Revisión de tarea.
 2. Las **seis emociones básicas** (Ekman, 1972).
 3. Emoción vs. Sentimiento.
 4. Teoría de la **Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal**.
 5. Práctica de **Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal**.
 - Aplicación de **Indicadores (medidas repetidas)**:
 1. *¿Cuántas cualidades puedo nombrar sobre mí mismo en un minuto?*
 2. *¿Cuántas parejas emoción-parte del cuerpo puedo encontrar en un minuto?*
 3. *¿Cuántos aspectos de mi cuerpo y de mi personalidad puedo aceptar en un minuto?*

- **Entrega de Tarea (Estrategia para mantener y fortalecer el aprendizaje) (Anexo B).**

MÓDULO 3: Mindfulness

- Se utilizó el *Espacio Bien-estar en Equilibrio y Armonía del CGE*.
- **Objetivo:** Trabajar **conciencia** y **regulación** emocional, además de **autoestima**, **automotivación**, **autoeficacia**, **responsabilidad**, **actitud positiva** y **resiliencia**.
- **Temas:**
 1. Revisión de tarea.
 2. ¿Qué es el **Mindfulness**?
 3. Evidencia en profesionales de la salud.
 4. Teoría del **Mindfulness**. **Las tres reglas**.
 5. Práctica del **Mindfulness** y **Afectividad Corporizada**:
 - Aplicación de **Indicadores (medidas repetidas)**:
 1. ¿Cuántas cualidades puedo nombrar sobre mí mismo en un minuto?
 2. ¿Cuántas parejas emoción-parte del cuerpo puedo encontrar en un minuto?
 3. ¿Cuántos aspectos de mi cuerpo y de mi personalidad puedo aceptar en un minuto?
- **Entrega de Tarea (Estrategia para mantener y fortalecer el aprendizaje) (Anexo B).**

MÓDULO 4: Entrenamiento Brigada De Apoyo Emocional

- Se utilizó el *Espacio Bien-estar en Equilibrio y Armonía del CGE*.

- **Objetivo:** Trabajar **conciencia** y **regulación** emocional, además de **autoestima**, **automotivación**, **autoeficacia**, **responsabilidad**, **actitud positiva**, **resiliencia** y **trabajo en equipo**.
- **Temas:**
 1. Revisión de tarea.
 2. Se dividió a los participantes en **tres grupos** para preparar una presentación y formar al resto del grupo en tres temáticas (tuvieron veinte minutos para preparar el tema).
- Luego de las presentaciones se aplicó: *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)*, *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (posttest)*, y se hizo una **premiación pública de los “campeones”** de cada una de las preguntas de los *indicadores* de proceso, es decir, quienes en promedio hubieran obtenido el mayor número de palabras, cualidades o frases después de los tres módulos. El premio consistió en un bono de dinero para utilizar en un restaurante de la ciudad de Bogotá.
- Las temáticas para presentar fueron las siguientes (tuvieron quince minutos para exponerlas):

Grupo 1: Introducción a la IE y modelo MINDSET

1. Emociones positivas vs. emociones negativas.
2. Teoría de las Inteligencias Múltiples.
3. ¿Qué es la Inteligencia Emocional y a la Autonomía Emocional (y sus seis elementos).
4. Teoría y discusión del modelo MINDSET.

Grupo 2: Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal

1. Las seis emociones básicas.
2. Emoción vs. Sentimiento.
3. Teoría de la Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal.
4. Práctica de Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal.

Grupo 3: Mindfulness

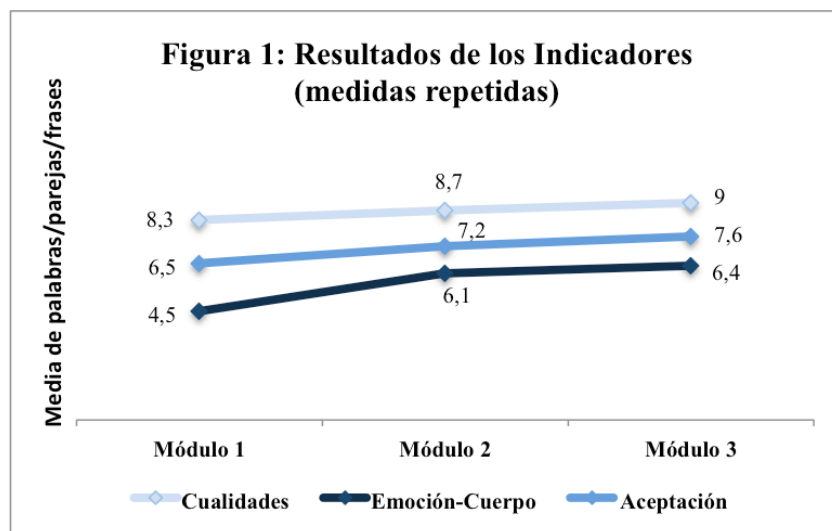
1. ¿Qué es el Mindfulness?
2. Teoría del Mindfulness. Las tres reglas.
3. Evidencia a favor.
4. Práctica del Mindfulness

Resultados

Indicadores De Proceso

De los treinta y tres participantes que empezaron el PEE, diecinueve (58%) presentaron las tres pruebas de los indicadores de proceso. De estos diecinueve, cuatro (21%) eran hombres. En general, se puede ver un aumento en los tres indicadores de proceso a lo largo de los tres módulos como se puede observar en la **Figura 1**.

Figura 1. Resultados de los Indicadores.



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que este crecimiento es más significativo entre el primer y segundo módulo. Esto es algo muy común en los procesos de aprendizaje, donde al inicio se integran los conceptos fundamentales y se toma conciencia de los aspectos más evidentes, generando así un avance rápido y notable. El aumento entre el segundo y el tercer módulo es más moderado, y esto es consistente con una curva de aprendizaje típica, donde los progresos iniciales son pronunciados y los posteriores se enfocan en la integración y refinamiento de lo aprendido, los cuales son procesos que generan avances más sutiles.

- **Primer indicador (cualidades):** Se notó un patrón de crecimiento del promedio de palabras a lo largo de los tres módulos para un crecimiento total de 0,7 palabras de media (**Figura 1**). Este incremento es más notorio entre los primeros dos módulos y esto podría deberse al hecho de haber trabajado el modelo Mindset en el primer módulo y que las actividades autónomas del mismo (tareas) incluyeran, por ejemplo, convertir cinco

defectos en cinco fortalezas; algo que naturalmente puede fomentar el reconocimiento de nuestras cualidades.

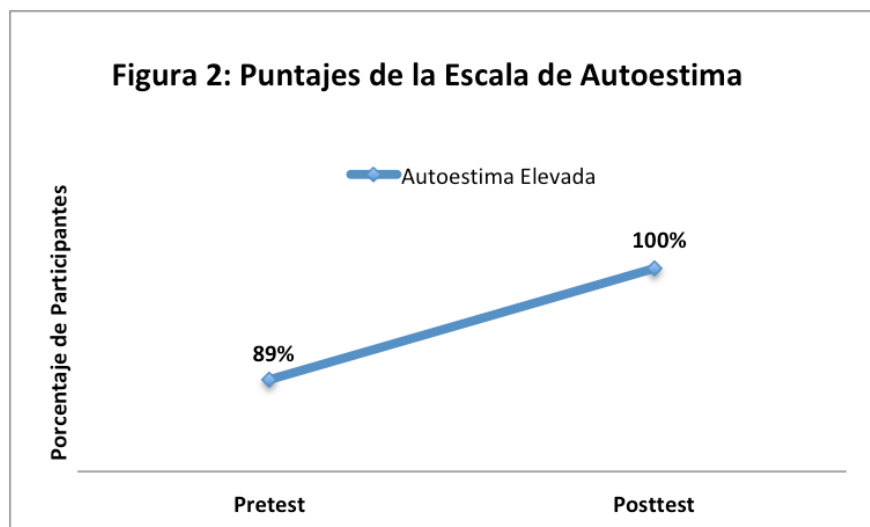
- **Segundo indicador (Emoción-Cuerpo):** Se observa un incremento más notorio del promedio de parejas entre los primeros dos módulos (**Figura 1**), algo que podría ser explicado por el hecho de que el segundo módulo trató sobre afectividad corporizada que era el tema más asociado con este indicador. Finalmente, el incremento total entre los tres módulos fue de 1,9 parejas de media.
- **Tercer indicador (Aceptación):** Hubo un aumento sostenido del promedio de frases a lo largo de los tres módulos para un aumento total de 1,1 frases de media (**Figura 1**). Este crecimiento podría ser explicado por una consolidación de conocimientos al ir completando los módulos.

Escalas de Autoestima y Resiliencia (medidas pretest y posttest)

De los treinta y tres participantes que realizaron el pretest, dieciocho (54%), completaron el posttest. De estos dieciocho que presentaron pretest y posttest solo dos (12,5%) eran hombres.

Escala de Autoestima de Rosenberg: Se analizó el **porcentaje** de participantes que obtuvieron puntajes equivalentes a una **autoestima elevada** tanto en el pretest como en el posttest (**figura 2**).

Figura 2. Puntajes de la Escala de Autoestima.

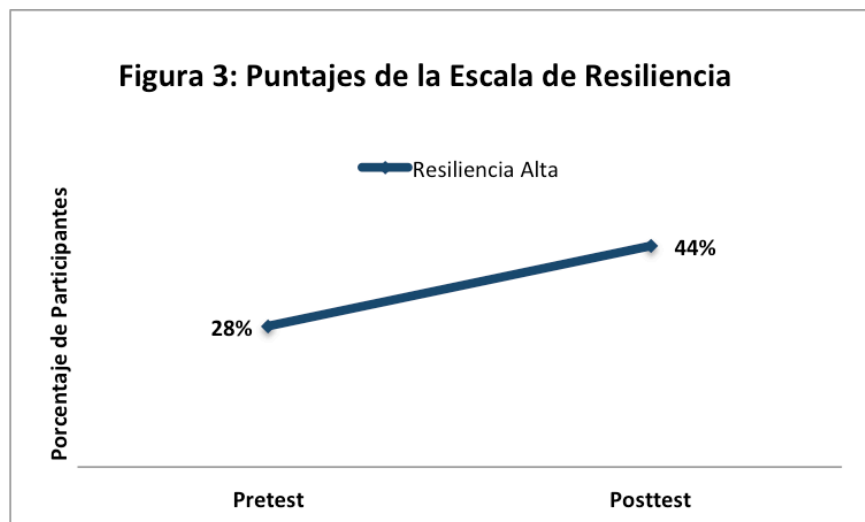


Fuente: Elaboración propia.

Se observó que hubo un incremento del 11% en el porcentaje de participantes con puntajes que daban como resultado una autoestima elevada. En otras palabras, los dos participantes que en el pretest habían obtenido un puntaje equivalente a una autoestima media, lograron subir su calificación a una autoestima elevada y, con esto, en el posttest, los **dieciocho participantes (100%) obtuvieron puntajes equivalentes a una autoestima elevada**. Llama igualmente la atención, que el puntaje promedio de base (pretest) fuera de una autoestima elevada (34; siendo el rango de 30 a 40 puntos un puntaje equivalente a una autoestima elevada).

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young: Se analizó el **porcentaje** de participantes que obtuvieron puntajes equivalentes a una **resiliencia alta** tanto en el pretest como en el posttest (**figura 3**).

Figura 3. Puntajes de la Escala de Resiliencia.



Fuente: Elaboración propia.

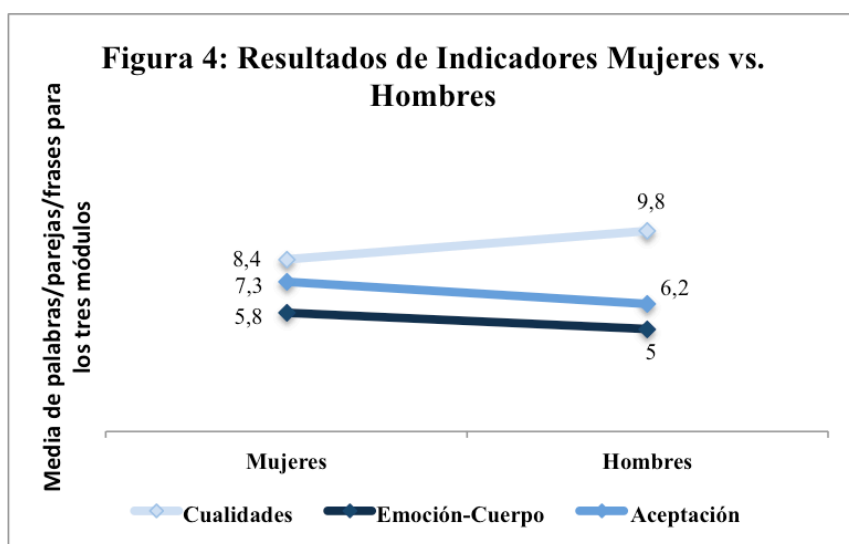
Se observó un incremento del 16% en el porcentaje de participantes con puntajes que daban como resultado una resiliencia alta. Es decir, tres participantes que habían obtenido un puntaje equivalente a una resiliencia moderada, lograron subir su calificación a una resiliencia alta, logrando que en el posttest ocho participantes obtuvieran puntajes equivalentes a una resiliencia alta (44%). Por último, llama la atención que el puntaje promedio de base (pretest) fue de una resiliencia moderada (142; siendo que los valores entre 121 y 146 indican una resiliencia moderada, mientras que los valores mayores a 147 indican una resiliencia alta).

Hombres vs. Mujeres

Indicadores De Proceso

Comparando los resultados entre mujeres y hombres, los hallazgos nos indican que las mujeres presentaron medias más altas del **segundo indicador** (5,8 vs. 5 parejas de media para los tres módulos) y del **tercer indicador** (7,3 vs. 6,2 frases de media para los tres módulos); mientras que los hombres presentaron medias más elevadas del **primer indicador** (9,8 vs. 8,4 palabras de media para los tres módulos) (**Figura 4**).

Figura 4. Puntajes de Indicadores Mujeres vs. Hombres



Fuente: Elaboración propia.

Escalas de Autoestima y Resiliencia (medidas pretest y posttest)

Mujeres: *Escala de Autoestima de Rosenberg:* la media del pretest fue de 34, mientras que la media del posttest fue de 35; lo que equivale a una **autoestima elevada** en ambos casos. *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young:* la media del pretest fue de 139, mientras que la media del posttest fue de 142; lo que equivale a una **resiliencia moderada** en ambos casos.

Hombres: *Escala de Autoestima de Rosenberg:* la media del pretest fue de 35, mientras que la media del posttest fue de 33; lo que equivale a una **autoestima elevada** en ambos casos. *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young:* la media del pretest fue de 154, mientras que la media del posttest fue de 158; lo que equivale a una **resiliencia alta** en ambos casos.

Comparando los resultados entre mujeres y hombres, las mujeres mostraron un incremento de un punto entre el pretest y el posttest de la escala de Autoestima Rosenberg (34 vs. 35) y tres puntos entre el pretest y el posttest de la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (139 vs. 142). Por otro lado, los hombres, mostraron una disminución de dos puntos entre el pretest y el posttest de la escala de Autoestima Rosenberg (35 vs. 33) y un incremento de tres puntos entre el pretest y el posttest de la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (154 vs. 158).

Llama la atención que el puntaje de los hombres en la escala de Autoestima de Rosenberg haya **disminuido en el posttest**, y que los puntajes de los hombres en la escala de Resiliencia de Wagnild y Young tanto para el pretest como para el posttest ambos estuvieran en el rango que los cataloga como una **resiliencia alta** (puntaje mayor a 147).

Análisis De Contenido de los Indicadores de Proceso

Se revisaron todas las respuestas escritas a mano por los participantes y se fueron agrupando y enumerando el número de cualidades, parejas y frases que fueran iguales o similares buscando patrones y tendencias.

- **Primer indicador (cualidades):** Las cualidades más mencionadas por los participantes fueron: **amable** (veintiún ocasiones), **responsable** (veintiún ocasiones), **alegre** (dieciocho ocasiones), **respetuoso** (dieciocho ocasiones), **amoroso** (dieciséis ocasiones), **empático** (dieciséis ocasiones) y **honesto** (catorce ocasiones). Sobresale que no haya habido tanta

variabilidad en las cualidades que mencionaban los participantes. ¿Quizá esto se deba a que son cualidades que se asocian frecuentemente con el personal de salud? Aunque también podrían ser indicativas de cualidades comunes y genéricas de la población general.

- **Segundo indicador (Emoción-Cuerpo):** Las parejas más mencionadas por los participantes fueron: **pecho-tristeza/llorar** (once ocasiones), **cabeza-rabia/ira/enojo** (diez ocasiones), **cuello-rabia** (seis ocasiones), **estómago-ansiedad/angustia** (cinco ocasiones), **cuello-tristeza** (tres ocasiones). Llama la atención que todas las parejas traten sobre emociones o sentimientos negativos y que las emociones más presentes en asociación con el cuerpo fueran la rabia (asociada a la cabeza y el cuello) y la tristeza (asociada al pecho y el cuello). Las parejas con emociones o sentimientos positivos no eran mencionadas en más de una ocasión (ej. Cara-alegría, piel-felicidad). Es interesante también, que varios participantes usaran la palabra “llorar” para referirse a la tristeza, y que hubiera más vocabulario para asociar la rabia con la cabeza (nombrando también las palabras ira y enojo) que con el cuello (donde solo se nombraba la palabra rabia).
- **Tercer indicador (Aceptación):** Las frases más mencionadas por los participantes fueron: **acepto mis piernas** (dieciocho ocasiones), **acepto mi cabello** (dieciséis ocasiones), **acepto mis manos** (diecisiete ocasiones), **acepto mi estatura** (seis ocasiones) y **acepto mi timidez** (dos ocasiones). Es llamativo que los aspectos que más aceptaran fueran aspectos corporales y no de personalidad. De esta última, tan solo la timidez fue mencionada en más de una ocasión. El resto de los aspectos de la personalidad (ej. Sinceridad, sicorigidez, nostálgico, fragilidad) no fueron mencionadas en más de una ocasión.

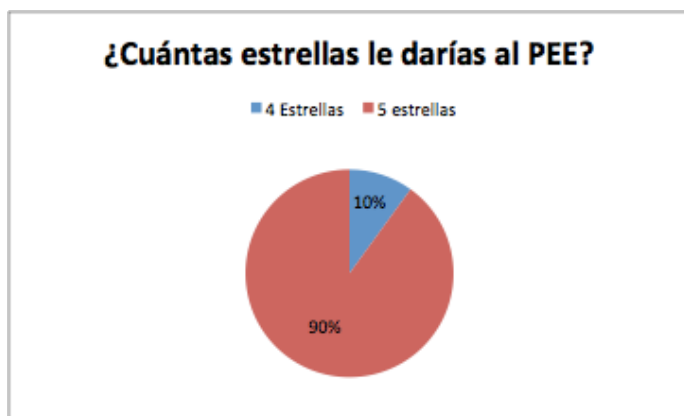
Encuesta de Satisfacción

La encuesta de satisfacción la completaron veinte participantes (el 100% de los que completaron los indicadores de proceso y los instrumentos) y se obtuvieron las siguientes respuestas:

1. *¿Cuántas estrellas le darías al programa?*

La mayoría de los participantes le dieron una calificación de cinco estrellas, dando un **puntaje promedio de: 4.90**.

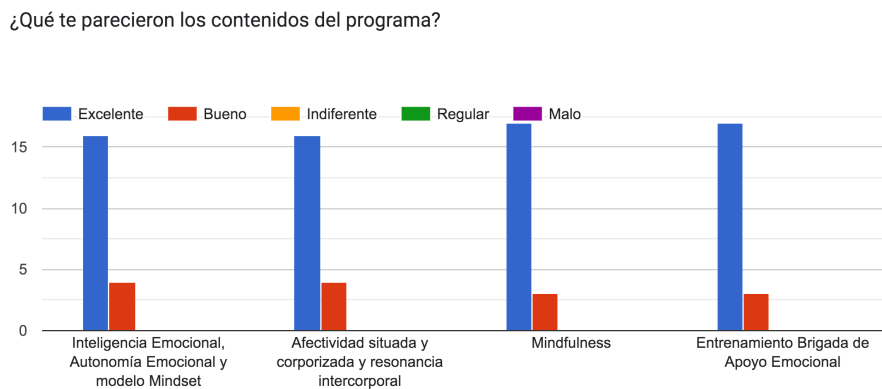
Figura 5. Calificación en Numero de Estrellas del PEE



Fuente: Google Docs.

2. *¿Qué te parecieron los contenidos del programa?*

Figura 6. Percepción de los Contenidos del PEE



Fuente: Google Docs.

A la mayoría de los participantes les parecieron excelentes los cuatro módulos y, sobre todo, los últimos dos.

3. *Cuéntanos algo que hayas aprendido en el programa.*

Varios participantes destacaron haber aprendido a manejar/gestionar las emociones propias y a respetar las ajenas. También mencionaron haber aprendido a identificar lo que sentían y poder expresarlo más abiertamente. Por último, indicaron haber aprendido la importancia de reconocer de manera corpórea las emociones para tener una mejor autoregulación.

4. *¿Qué recomendaciones harías para mejorar el programa?*

En general, los participantes manifestaron que hubieran querido que los módulos fueran más frecuentes (no una vez al mes), que las sesiones fueran más largas (no solo dos horas), y que este tipo de programas se continúen implementando todos los años.

Conclusiones

A partir de los resultados de las **escalas de autoestima y resiliencia**, se puede concluir que el PEE **impactó y desarrolló habilidades de autonomía emocional**, en particular los elementos de **autoestima y resiliencia**. También se puede afirmar que de acuerdo a los resultados de estos instrumentos, los hombres que participaron en el PEE mostraron una mayor resiliencia que las mujeres, aunque cabe mencionar que esta era una muestra de dos hombres vs. una muestra de dieciséis mujeres. Así también, dado que en el posttest los hombres exhibieron una disminución de la autoestima, y observando que otros participantes también disminuyeron sus puntajes en el posttest en comparación con el pretest (tanto para la escala de autoestima como para la escala de resiliencia), esto podría deberse a un incremento en la **conciencia emocional** de los participantes. De acuerdo con algunas reflexiones realizadas durante los módulos, algunos participantes confesaron que su relación con las emociones era de “siempre decir y mostrar que todo estaba bien”, pero que en la medida que el PEE avanzaba, fueron haciendo consciencia “de lo que verdaderamente estaban sintiendo en sus vidas y durante las sesiones”. Esto podría explicarnos que, al responder los instrumentos en el pretest hayan dado respuestas más “correctas” o “apropiadas” (dando puntajes más altos) y, en el posttest, al ser más conscientes de sus emociones, hayan dado respuestas más “honestas” (dando puntajes más bajos en algunas ocasiones). Esto se podría relacionar con lo mencionado en la introducción de que se ha visto que el personal de salud, en la necesidad de satisfacer las demandas de los cuidadores y de la institución (teniendo que mostrar expresiones de compromiso, apoyo y cuidado), pueden llegar a ocultar sus emociones generando en consecuencia una gestión emocional inadecuada (Padilla et al., 2019; Ansoleaga y Toro, 2014). Si este fuera el caso, los resultados de los instrumentos nos indicarían que también hubo un aumento en la **conciencia emocional** de los participantes, algo que podrían corroborar los hallazgos del segundo indicador de proceso (con el aumento de la

media de parejas al avanzar cada módulo). A partir de esto, consideramos que para futuras implementaciones sería útil agregar otros instrumentos cualitativos donde se pueda abordar con mayor detalle (quizá a través de entrevistas semiestructuradas) las reflexiones de los participantes que nos permitan evaluar estas posibilidades.

Respecto al nivel de base elevado de autoestima y moderado de resiliencia de los participantes (tanto de hombres como de mujeres), se considera que, por el tipo de exigencias y demandas al cual está expuesto el personal de salud desde su formación académica hasta su ejercicio profesional, esto podría explicar el porqué de base tienen un buen desarrollo de estos dos elementos de la autonomía emocional.

A partir de los hallazgos de los **indicadores de proceso**, se puede concluir que el PEE generó en los participantes:

- a. Un aumento en el **autoconcepto positivo**: facilitando el desarrollo de elementos de la autonomía emocional como la autoestima, la automotivación, la autoeficacia, la actitud positiva y la resiliencia
- b. Un incremento en la **autoconciencia emocional**: facilitando el desarrollo de elementos de la autonomía emocional como la autoeficacia y la responsabilidad.
- c. Un crecimiento en la **autoaceptación**: facilitando el desarrollo de elementos de la autonomía emocional como la autoestima, la actitud positiva, la automotivación y la autoeficacia.

Igualmente, según el análisis de los indicadores, los hombres mostraron una mayor capacidad de nombrar cualidades propias (primer indicador), mientras las mujeres revelaron una mayor habilidad de conectar las emociones con el cuerpo y de aceptar partes de su cuerpo y de su personalidad (segundo y tercer indicador, respectivamente).

Por otro lado, al examinar el contenido de los indicadores, se puede concluir que los participantes tuvieron mayor capacidad de reconocer emociones y sentimientos negativos en asociación con el cuerpo (sobre todo las emociones de rabia y tristeza) y poca capacidad para identificar emociones y sentimientos positivos en asociación con el mismo. También, los participantes pudieron aceptar con mayor destreza aspectos corporales antes que aspectos de la personalidad.

Por último, en cuanto a los objetivos específicos del PEE, y de acuerdo con lo sucedido en el módulo 4, se considera que se logró integrar correctamente el PEE como herramienta del CGE de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de Bogotá y la Brigada de Apoyo Emocional.

Además, de acuerdo con la encuesta de satisfacción, se puede afirmar que el PEE fue bien valorado y que los participantes aprendieron los conceptos más importantes enseñados durante los módulos.

Valoración Personal

Si se volviera a realizar este PEE se mantendría la misma estructura, sin embargo, como se mencionó anteriormente en la conclusión, se agregarían entrevistas semiestructuradas después del último módulo para obtener información cualitativa que complementara la información cuantitativa (ej. Las reflexiones de los participantes). Así se podrían obtener conclusiones más profundas respecto al impacto del PEE. Se buscaría también la manera de hacer el PEE con sesiones menos espaciadas en el tiempo (quizá cada dos semanas y no una vez al mes) y, además, que cada sesión tuviera una duración más larga (ej. de tres horas en vez de dos horas). O, se podría evaluar que las sesiones fueran más cortas (ej. de una hora), pero que se realizarán una vez a la semana.

Para mejorar la adherencia al PEE, se trabajaría sobre la motivación de los participantes, agregando más premios o incentivos para quienes realicen la totalidad del PEE (y no solo para los ganadores de los indicadores de proceso) y, sobre todo, para quienes completen tanto los **indicadores** como los **instrumentos** del pretest y el posttest. Con esto último, se aseguraría tener una muestra más grande para evaluar el impacto del PEE.

Por último, algunos de los aprendizajes que se tuvieron durante la realización del PEE fueron reconocer que se debían adaptar las actividades de los módulos a **imprevistos** (ej. Número de participantes), a las **normas del grupo** y a los **climas organizacionales** que cada participante traía de acuerdo con el área de la institución a la que pertenecían (hospitalaria, quirúrgica, consulta, administrativa). Además, dentro de los retos que se afrontaron, estuvo la mala disposición de algunos pocos participantes (menos del 10%) quienes tenían problemas laborales y/o familiares que les afectaban su capacidad de estar totalmente presentes y dispuestos en las actividades. Para manejar esto, las estrategias que se utilizaron fueron aprovechar estos estados emocionales para trabajar elementos de la autonomía emocional, además de emplear y aprovechar las mismas herramientas de los módulos (ej. la técnica Mindfulness, el modelo Mindset o la teoría y práctica de la afectividad corporizada). Así, se considera que estos participantes alcanzaron estados emocionales más apropiados para la realización de las actividades y por tanto que se superaron correctamente estos retos.

Referencias

- Ansoleaga, E., & Toro, J. P. (2014). Salud mental y naturaleza del trabajo: cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), 180-189.
- Aranguren Ruiz, D. A., & Lozano Restrepo, L. P. (2019). Análisis correlacional entre la inteligencia emocional y clima organizacional de los trabajadores del nivel administrativo, hospitalario y asistencial de la clínica del sistema nervioso renovar Ltda sede Villavicencio (Doctoral dissertation, Universidad Santo Tomás).
- Arrieta-Burgos, E., Sepúlveda, C., Hurtado, I., Restrepo, J. Jaramillo, T. (2024). Ausentismo laboral e incapacidades médicas 2022. Centro de Estudios Sociales y Laborales de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia ANDI.
- Baicker, K., Cutler, D., Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings.
- Barattucci, M., Padovan, A. M., Vitale, E., Rapisarda, V., Ramaci, T., & De Giorgio, A. (2019). Mindfulness-Based IARA Model® Proves Effective to Reduce Stress and Anxiety in Health Care Professionals. A Six-Month Follow-Up Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4421.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16224421>
- Bastiaansen, J. A., Thioux, M., & Keysers, C. (2009). Evidence for mirror systems in emotions. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 364(1528), 2391–2404. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0058>
- Bisquerra Alzina, R., & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61-82.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed

- operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blasco de Luna, F. J., Sanchez-Toledo, A., Diaz, A., Fernandez, A., Gosalvez, J. (2021). X Informe Adecco sobre Empresa Saludable y gestión del Absentismo. The Adecco Group Institute. <https://www.adeccoinstitute.es/wp-content/uploads/2021/07/informe-absentismo-2021-1.pdf>
- Blanco, G. (2011). Estrés laboral, trabajo emocional y salud en profesionales del área de la rehabilitación. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 12(2), 35-45.
- Bültmann, U., Kant, I. J., Schröer, C., & Kasl, S. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International archives of occupational and environmental health*, 75, 259-266.
- Colombetti, G. (2014). *The feeling body: Affective science meets the enactive mind*. MIT press.
<https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262019958.001.0001>
- Colombetti, G. (2017). The Embodied and Situated Nature of Moods. *Philosophia*, 45, 1437-1451. DOI 10.1007/s11406-017-9817-0.
- Condon, W. S. (1979). "Neonatal entrainment and enculturation," in *Before Speech*, ed M. Bullowa (Cambridge: Cambridge University Press), 131–148.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new Psychology of Success*. Random House.
- Ekman, P. (1972). Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. *Journal of Communication*, 22(4), 369-37V.
- Elshaer, N. S. M., Moustafa, M. S. A., Aiad, M. W., & Ramadan, M. I. E. (2018). Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 273-277.

- Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in psychology*, 5, 508. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508>
- Fundación Adecco. (2021). Un Empleo para la #SaludMental. Primer Informe. <https://fundacionadecco.org/wp-content/uploads/2021/10/051021-NDP-INFORME-Un-Empleo-para-la-SaludMental-.pdf>
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., and Pollatos, O. (2011). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 8, 911–917. doi: 10.1093/scan/nss089
- Gál, É., Tóth-Király, I., & Orosz, G. (2022). Fixed Intelligence Mindset, Self-Esteem, and Failure-Related Negative Emotions: A Cross-Cultural Mediation Model. *Frontiers in psychology*, 13, 852638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.852638>
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Nueva York: Basic Books.
- Gil-Monte, P. R., (2012). RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-341.
- Han, K. M., Shin, C., Yoon, H. K., Ko, Y. H., Kim, Y. K., & Han, C. (2018). Emotional labor and depressive mood in service and sales workers: Interactions with gender and job autonomy. *Psychiatry research*, 267, 490-498.
- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(6), 605-613.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review. *Mindfulness*, 12(1), 1–28.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- Martínez, I. & Salanova, M. (2003). Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 330, 361-384.
- Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and Health.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–34). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., Cherkasskiy, L. (2011). Emotional Intelligence. In R. J. Sternberg & S. B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 528–549). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290–300.
<https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Merleau-Ponty M. (1964). Eye and mind, (Transl. C. Dallery), in *The Primacy of Perception*, ed Edie J. (Evanston, IL: Northwestern University Press;), 159–190

- Ministerio de la Protección Social. Colombia. (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608004.pdf>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *The American psychologist*, 77(1), 5–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>
- Padilla, M. L. S., Alcántara, S. M., & Macorra, M. Z. (2019). Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del Hospital General de México, 2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2).
- Palacio G, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in Caregivers: A Systematic Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 37(8), 648–658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>
- Peña Martínez, Y., Dávila, Z. B., & Rodríguez, W. P. (2017). Un estudio de competencias emocionales en un grupo de enfermeros del hospital clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1333-1348.
- Ramos, N., Recondo, O., Enriquez, H., Díaz, N. R., Pérez, O. R., & Anchondo, H. E. (2012). *Practica la inteligencia emocional plena: Mindfulness para regular nuestras emociones*. Editorial Kairós.
- Rosenberg, M. (1965). *La sociedad y la autoimagen adolescente*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruiz, A. (2024). *Mindfulness y Autoestima*. Mindfulness. Instituto Europeo de Psicología Positiva. <https://www.iepp.es/mindfulness-y-autoestima/>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson E. B., Bhullar, N., Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health.

- Spinelli, C., Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 120, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.003>
- Torres, A. D. (2017). La escala de autoestima de Rosenberg: ¿en qué consiste? *Psicología Clinica. Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/clinica/escala-autoestima-rosenberg>.
- Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista mexicana de urología*, 80(3), 1-9.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165–178.
- Wolcott, M. D., McLaughlin, J. E., Hann, A., Miklavec, A., Beck Dallaghan, G. L., Rhoney, D. H., & Zomorodi, M. (2021). A review to characterise and map the growth mindset theory in health professions education. *Medical education*, 55(4), 430–440. <https://doi.org/10.1111/medu.14381>
- Wu, X., Li, J., Liu, G., Liu, Y., Cao, J., & Jia, Z. (2018). The effects of emotional labor and competency on job satisfaction in nurses of China: A nationwide cross-sectional survey. *International journal of nursing sciences*, 5(4), 383-389.

Anexos

Anexo A: Instrumentos de Medición Del Programa de Educación Emocional.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (Wagnild & Young, 1993).

INSTRUCCIONES

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones que describen diferentes aspectos de tu vida, donde tendrás que leer cada una de ellas y encerrar en un círculo que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas (según el número que elijas). Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas.

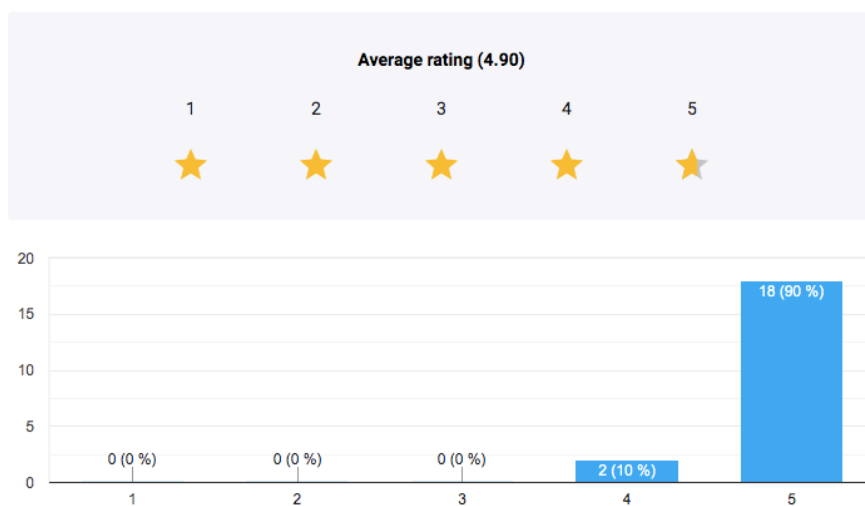
	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Parcialmente en desacuerdo	4 Indiferente	5 Parcialmente de acuerdo	6 De acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2. Frente a un problema generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mi misma que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mi mantenerme interesada de las cosas que suceden a mi alrededor	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar sola si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo(a) de mi misma	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido(a)	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesad o(a) en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí misma me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo hacer cosas que no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en la situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

Encuesta de Satisfacción del Programa de Autonomía Emocional

¿Cuántas estrellas le darías al programa?

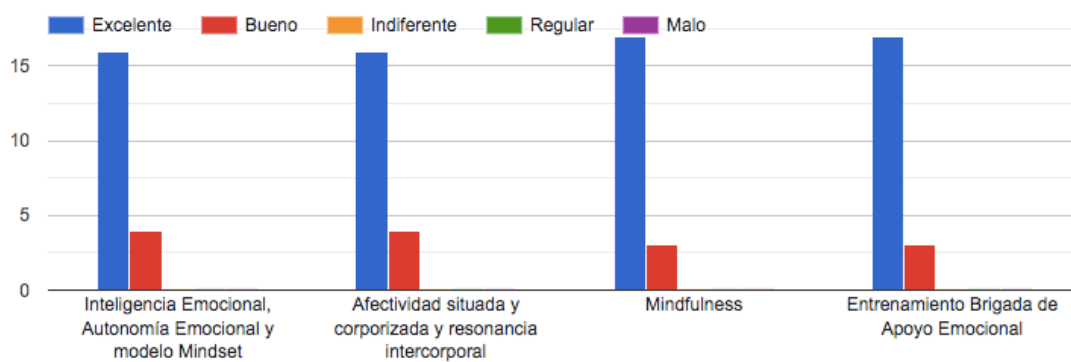
[Copiar gráfico](#)

20 respuestas



¿Qué te parecieron los contenidos del programa?

[Copiar gráfico](#)



Cuéntanos algo que hayas aprendido en el programa

20 respuestas

Me dejó para enseñanza muy personal, el saber separar la emoción para que no se vuelva sentimiento

Manejar las emociones

Manejar las emociones, entender las propias y respetar las ajenas.

Gestionar las emociones con ejercicios efectivos

A querernos respetarnos tal y como somos

El poder

Mirar un espejo sabes que uno también tiene miedo aprender a sacarlo

Muy interesante

Como identificar lo que siento emocionalmente darle un nombre y técnicas de manejo

Cuéntanos algo que hayas aprendido en el programa

20 respuestas

A CONOCER LAS EMOCIONES Y PODERME EXPRESARME MAS ABIERTAMENTE

Buen día las tres clases que pude está excelente aprendizaje a manejar emociones hacer positiva a creer más en mi y como siempre lo he dicho no juzgar todos los seres humanos somos un mundo diferente mil gracias por todo

a conocer mis emociones y diferenciar el sentimiento

Autoestima

La expresión corporal de las emociones

La capacidad de reconocer de manera corpórea las emociones, y tener consciencia plena sobre las mismas para no juzgarlas

Mindfulness

Manejo de las emociones

Cuéntanos algo que hayas aprendido en el programa

20 respuestas

Aprender a soltar lo que nos hace daño

La importancia de reconocer las emociones en el cuerpo y como esto puede ayudarnos a no sentirnos culpables por sentir lo que sentimos

Modelo de Mindfulness,

Manejo de las emociones

Inteligencia Emocional, Autonomía Emocional y Modelo Mindset

La Inteligencia Emocional es la capacidad de reconocer, entender y manejar nuestras emociones y las de los demás. Nos permite responder con equilibrio ante las situaciones, en lugar de reaccionar impulsivamente.

La Autonomía Emocional consiste en ser dueños de lo que sentimos, sin depender del estado de ánimo o aprobación de otras personas. Significa tener control interno y mantener la calma incluso cuando el entorno es difícil.

¿Qué recomendaciones harías para mejorar el programa?

20 respuestas

Que las sesiones no sean tan espaciadas

Que fueran mas seguidos esos talleres

Actividades más dinámicas, que lleguen a sensibilizar más a profundidad el propósito de cada temática.

ninguna

Ninguna

Verificar tiempo movimientos ya que por temas inferiores ya uno participar

que se pueda hacer mas frecuente todo el programa super bueno

QUE HUBIERAN MAS CLASES

Para mí el espacio fue adecuado para los que estábamos en clase

mas tiempo del taller son muy buenos pero muy corto

Darle continuidad al programa, que siga la capacitación continua

Un poco mas de tiempo de la capacitación y obtener mas conocimiento, para profundizar mas el conocimiento.

NA

Menos papel

Que fuera más horas

más capacitaciones en todo lo relacionado con la salud mental

Poder tener espacios de formación no tan distantes en tiempo

realizar practicas

¿Qué recomendaciones harías para mejorar el programa?

20 respuestas

Las sesiones fueran más seguidas

Propuesta de Implementación de Actividades de la Brigada de Apoyo Emocional en Todas las Sedes

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, y conforme a los lineamientos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015 y los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud (Resolución 5095 de 2018), se propone extender las actividades de la Brigada de Apoyo Emocional a cada una de las sedes de la entidad, estableciendo cronogramas que permitan su desarrollo de manera periódica y organizada.

Esta estrategia responde al enfoque de calidad centrado en el bienestar del cliente interno, promoviendo espacios de acompañamiento, fortalecimiento emocional y autocuidado, elementos esenciales para garantizar un ambiente laboral saludable y mejorar el desempeño, la satisfacción y la calidad del servicio prestado.

El bienestar mental y emocional del talento humano es un componente clave dentro de los procesos de talento humano, ambiente laboral y seguridad del paciente, por lo que su fortalecimiento impacta directamente la efectividad del sistema de calidad y el logro de los objetivos institucionales.

Anexo B: Actividades Autónomas (tareas y retos para realizar en casa).**TAREA MINDSET O MENTALIDAD**

1. Escribir cinco defectos y convertirlos en cinco fortalezas
2. Escribir cinco errores que hayas cometido en tu vida y convertirlos en cinco aprendizajes
3. Anotar cinco personas de las que te alegres que sean exitosas.

Reto: Cuántos minutos/horas pueden pasar en el día sin decirse palabras/frases negativas.

TAREA**AFECTIVIDAD SITUADA Y CORPORIZADA Y RESONANCIA****INTERCORPORAL**

1. Dibujar **corpograma emocional** de emociones positivas y negativas (describiendo sensaciones/colores) durante **tres días**.
2. Reconocer y escribir **tres emociones corporizadas positivas** y **tres emociones corporizadas negativas** que hayan vivido en el contexto laboral.
3. Describir la corporalidad general (posturas, gestos y expresiones) de al menos **tres personas** que admiren (o a quienes quisieran parecerse) y practicar replicar estas corporalidades, anotando lo que sienten cuando adoptan cada una de ellas.

Reto: Cuántos minutos/horas pueden pasar sin adoptar posturas, gestos o expresiones que les generen emociones negativas.

TAREA MINDFULNESS

1. Practicar: técnica Mindfulness mínimo **tres veces a la semana**. Anotar como se sienten después de hacerlo.
2. Practicar: aceptar, no juzgar y soltar al menos **cinco experiencias negativas** de su actividad laboral (describirlas brevemente).
3. Practicar: aceptar, no juzgar y soltar al menos **cinco situaciones (propias o ajenas) o partes de su cuerpo que normalmente juzguen o rechacen** (describirlo brevemente).

Reto: Practicar cuantos días/horas/minutos pueden pasar sin pedir consejos de índole emocional a otras personas.

Anexo C: Registro Fotográfico de las Actividades.



Módulo 1: Introducción a la IE y modelo MINDSET



Módulo 2: Afectividad Situada y Corporizada y Resonancia Intercorporal



Módulo 3: Mindfulness



Módulo 4: Entrenamiento Brigada de Apoyo Emocional