



Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México

José Antonio García-García,* Guadalupe Esperanza García-García,**
María del Rosario Arnaud-Viñas,*** José Francisco González-Martínez,*
Enna Gabriela Arámbula-Morales,* José Antonio Mendoza-Guerrero*

RESUMEN

Introducción: La inteligencia emocional (IE) es la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de otras personas. Existen diversos métodos para valorarla. **Objetivos:** Medir la IE de los médicos residentes del Hospital General de México y detectar áreas de vulnerabilidad emocional. **Material y métodos:** Se aplicó la versión III.5 de la prueba Q-Metrics a los médicos residentes de recién ingreso al Hospital General de México. **Resultados:** Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en los siguientes resultados: las mujeres mostraron mejor manejo del descontento constructivo; en hombres hubo un mejor nivel de intención; proceder de universidades del DF estuvo asociado a mejor manejo de presiones emocionales y a mejores conexiones interpersonales; ser más joven se asoció a mayor elasticidad emocional y dominio del poder personal; el mejor rendimiento académico previo estuvo asociado a mejor calidad de vida y mejor dominio de la intuición; mejores conexiones interpersonales en las mujeres y a un peor ratio de confianza en hombres. **Conclusiones:** Las diferencias encontradas respecto a la IE entre géneros, edades, grupos de especialidad y el rendimiento académico previo expresan áreas no exploradas de la IE con antelación en médicos residentes, y se hacen comentarios al respecto.

Palabras clave: Inteligencia, inteligencia emocional, médicos residentes.

ABSTRACT

Introduction: Emotional intelligence (EI) is defined as the ability to perceive, assimilate, understand and regulate our emotions as well as those of the people around us. **Objectives:** To measure the EI of medical residents at the Hospital General de México, SSA and to detect their weaknesses. **Material and methods:** There are several methods to evaluate EI. We applied the III.5 version of the Q-metrics Test to newly admitted medical residents of our hospital. **Results:** There were statistically significant differences in the following results ($p < 0.05$): Women showed better management of constructive discontent; men had better intention level; residents coming from universities in México City had better management of emotional pressures and better interpersonal connections; younger doctors had more emotional flexibility and better control of personal power; better academic yield was associated with better quality of life and better control of intuition; women showed better interpersonal connections and men a lower confidence ratio. **Conclusions:** This paper deals with fields not previously explored in relation to medical resident's EI, i.e. the differences between gender, age, medical specialty choice and academic yield. The results are thoroughly discussed.

Key words: Intelligence, emotional intelligence, residents.

www.medigraphic.com

INTRODUCCIÓN

La inteligencia se ha conceptualizado como la capacidad global del individuo para actuar racionalmente y con éxito. Sin embargo, se ha observado que un cociente de inteligencia alto no garantiza prosperidad, prestigio ni éxito en la vida, lo que ha propiciado

* Dirección de Enseñanza del Hospital General de México.

** Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

*** Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional.

Recibido para publicación: 12/02/09.

Aceptado: 12/10/09.

el cuestionamiento del concepto clásico de inteligencia. Esto nos lleva a plantear que no existe una sola inteligencia sino múltiples manifestaciones de ella.^{1,2}

La inteligencia académica no es suficiente para alcanzar el éxito profesional, tampoco garantiza el éxito en nuestra vida cotidiana. La inteligencia no facilita la felicidad ni con nuestra pareja, ni con nuestros hijos, ni que tengamos más y mejores amigos.^{3,4}

Salovey y Mayer, en 1990, definieron a la inteligencia emocional (IE) como una parte de la inteligencia social, y que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos. Tiene cuatro aspectos fundamentales: la percepción de las emociones, el uso de las emociones para facilitar el pensamiento, el entendimiento y la gestión de las emociones.⁵ Su gran contribución ha sido entender la capacidad emocional de las personas como un conjunto básico de destrezas que se pueden mejorar, de modo que el resultado de la medición de la IE no es fija.

Daniel Goleman convirtió estas dos palabras en un término de moda al publicar su libro *Inteligencia Emocional*. Él afirma que existen habilidades más importantes que la inteligencia académica a la hora de alcanzar un mayor bienestar laboral, personal, académico y social.⁶

La línea de investigación dirigida a analizar la influencia de la IE en el rendimiento académico, laboral y social muestra heterogeneidad en los resultados. Algunos demuestran concordancia positiva, que no es respaldada por otras investigaciones.⁷⁻¹¹

Las implicaciones de la IE están presentes en investigaciones de diferentes áreas del conocimiento y de las actividades de las personas.¹² Algunas analizan sus alcances en el sistema educativo, desde los niveles básicos hasta los de postgrado.¹³⁻¹⁶

En el contexto organizacional, cada vez existe más atención al enfoque que estudia las diferencias individuales y los recursos personales de los trabajadores como factores protectores frente al estrés laboral.^{9,17,18} En los ámbitos educativo y organizacional, la IE desempeñaría un papel importante como recurso individual que permite estudiar la relación entre los procesos de estrés y Bournout. Las personas emocionalmente inteligentes saben atender las emociones originadas en su entorno, comprender las posibles causas y consecuencias de esas emociones y, en consecuencia, desarrollan estrategias para regular o manejar esos estados emocionales.¹⁹ Existen reportes de que una baja IE está relacionada con déficit notable en los niveles de bienestar y ajuste psico-

lógico del alumnado, con una menor cantidad y calidad de las relaciones interpersonales dentro y fuera del aula, un descenso en el rendimiento académico, así como una mayor aparición de conductas disruptivas y mayor consumo de sustancias adictivas.¹⁶ Desde hace algunas décadas se recomienda valorar y manejar mejor las emociones en la vida organizacional, las nuestras y las de los demás.^{9,18}

Existen diferentes metodologías propuestas para evaluar la inteligencia emocional, y cada una de ellas tiene ventajas y desventajas comparadas con otras, así como determinadas áreas de interés por explorar. En la literatura actual se proponen principalmente dos vertientes en la evaluación de la IE: los instrumentos basados en cuestionarios y autoinformes (los más frecuentemente citados) y el grupo llamado de medidas de habilidad o ejecución.²⁰ Es necesario resaltar la heterogeneidad y falta de consenso en los resultados, y el hecho de que algunas son versiones actualizadas de otras. En el *cuadro 1* aparecen las más utilizadas.²⁰⁻³³

Como ejemplos de la heterogeneidad de los instrumentos para medir la IE y sus ámbitos de aplicación, son sus usos para evaluar trastornos en salud mental, e incluso en sexología, en donde se reporta que una IE poco desarrollada podría ser un factor de riesgo para una baja frecuencia de orgasmos en las mujeres.²⁷ El área de la educación médica se encuentra inmersa en una serie de cambios y tendencias, entre los que se encuentra la investigación de los factores que influyen en el desempeño de los alumnos, y uno de esos factores es la IE.^{34,35} Por ejemplo, se propone incluso colocar en el currículo el aprendizaje basado en problemas para el desarrollo de la IE;³⁶ no existe relación de IE con la intención de hacer residencia médica o no;²⁴ se apoya en que el concepto científico de IE tiene el potencial para profundizar en el desarrollo de la competencia sobre habilidades interpersonales y de comunicación, como lo marca *The Accreditation Council for Graduate Medical Education*.^{37,38}

El personal del equipo de salud, incluyendo los médicos residentes, también ha sido objeto de investigaciones de IE. Reportes diversos explicitan la relación entre IE y el proceso de comunicación, y cómo influye ello en la relación enfermo-médico, incrementa la satisfacción del paciente y disminuye la posibilidad de errores médicos y demandas hacia el médico.³⁹⁻⁴⁹

Son diversas las evaluaciones en el grupo de médicos, enfermeras y dentistas, con resultados concordantes en cuanto a que el desarrollo de la IE favo-

Cuadro I. Evaluaciones de la inteligencia emocional.

Prueba	Acrónimo	Referencia
Emotional Competence Inventory	ECI	20
Multifactor Emotional Intelligence Scale	MEIS	21
Trait Meta-Mood Scale-48	TMMS-48	22
Trait Meta-mood Scale-24	TMMS-24	24
Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test v.1.1.	MSCEIT	10,24
Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test v.2.0.	MSCEIT V2.0	25,26
Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form	TEIQue-SF	27
The Emotional Intelligence Scale	TEIS	28
The Emotional Reactions and Thoughts Scales	ERTS	28
Dental Environment Stress Questionnaire	DESQ	26
Trait Emotional Intelligence Questionnaire	Trique	29
Self-Report Emotional Intelligence Test	SREIT	26
Emotional Competency Inventory	ECI-U	30
Bar-On Emotional Quotient Inventory	EQ-i	31
Schutte Self Report Inventory	SSRI	32
QMetrics v.III.5.	QMetrics	33

rece el desempeño y mejora las relaciones interpersonales.⁵⁰⁻⁵³ Sin embargo, existen autores que cuestionan la validez del constructo de IE, así como las diferentes evaluaciones que se publican sobre IE. Hacen una crítica a los modelos tradicionales y sus mediciones. Señalan que al momento actual la falta de claridad alrededor de las mediciones de la IE parte de lo poco claro que puede ser hasta ahora la IE, como es el uso de sinónimos IE, cociente emocional, coeficiente emocional y competencias emocionales. No reportan la concordancia entre el desarrollo de la IE y el buen desempeño laboral o escolar. Creen que la IE debe ser reformulada y que debe de transitar del modelo de estudiante o médico en lo individual, al de equipo multiprofesional y colectivo de atención a la salud.⁵⁴⁻⁵⁷

Para fines del presente estudio se optó por un modelo desarrollado para medir el cociente emocional, enfocado al liderazgo y la organización.³³ La aplicación de ese instrumento de evaluación permitirá empezar a registrar sus relativas fuerzas y vulnerabilidades sobre una amplia gama de características relacionadas con la inteligencia emocional.

El desarrollo de las actividades académicas y laborales que son inherentes a las residencias médicas, que denotan los roles que como alumnos y trabajadores del sistema nacional de salud tienen los médicos residentes, implica una serie de situaciones estresantes. Para afrontar esos sucesos se ha propuesto que un elevado nivel de IE permitirá resolverlos favorablemente. Es menester enmarcar el desenvolvimiento del médico residente como integrante de una organización de servicios a las perso-

nas, en las que el liderazgo y trabajo en equipo son preponderantes.

Dentro de los requisitos de ingreso a las residencias médicas en el Hospital General de México, está la aplicación de una serie de evaluaciones, entre las que se incluye la medición de la IE. Ante la necesidad de medir la IE de los médicos residentes adscritos al Hospital General de México e iniciar una serie de intervenciones para actuar en forma oportuna en aquellos que se hubiesen detectado niveles de vulnerabilidad elevados, se emprendió la presente investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una investigación observacional, transversal y descriptiva. La muestra de estudio estuvo formada por el 100% de los médicos que ingresarían al Hospital General de México para realizar la residencia durante el periodo escolar 2008-2009. El ingreso de los médicos a la residencia fue resultado de acreditar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Los criterios de selección para el presente estudio fueron: a) de inclusión: médicos residentes de primer ingreso al Hospital General de México, sin distinción de género, edad, institución de educación superior de procedencia, ni especialidad a la que ingresarían; b) de exclusión: no acudir a la aplicación, no aceptar dar respuesta al cuestionario o haberlo contestado en alguna ocasión previa; y c) de eliminación: no entregar el cuestionario o que en éste hubiera ítems sin respuesta. Participaron inicialmente 134 médicos,

Cuadro II. Cuadro de cociente emocional del Q-Metrics versión III.5

Zona de rendimiento	Grupo de ítems	Reactivos por grupo	Nivel de cociente emocional		
			Óptimo	Diestro	Vulnerabilidad/Cautela
Ambiente actual	Sucesos de la vida	18			
	Presiones del trabajo	17			
	Presiones personales	14			
Conocimiento	Conciencia emocional de sí mismo	11			
	Expresión emocional	9			
	Conciencia emocional de otros	13			
Competencias	Intención	14			
	Creatividad	10			
	Elasticidad	13			
	Conexiones interpersonales	10			
	Descontento constructivo	13			
Valores y creencias	Compasión	12			
	Perspectiva	8			
	Intuición	11			
	Radio de confianza	10			
	Poder personal	13			
	Integridad	9			
Resultados	Salud general	32			
	Calidad de vida	11			
	Cociente de relaciones	7			
	Óptimo rendimiento	7			

que dieron respuesta al cuestionario; no obstante se eliminaron seis cuestionarios incompletos, quedando finalmente 128 sujetos.

En la semana previa al inicio de los cursos de especialidad médica, se aplicó a la población objeto de la investigación, la versión III.5 (Q-Metrics™) del Cuadro de Cociente Emocional, desarrollado por Cooper y Sawaf. Se trata de un cuestionario de 21 grupos de ítems, cuya estructura se muestra en forma resumida en el *cuadro II*, agrupados en cinco áreas, desarrollado para evaluar la inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones, que tiene el propósito de valorar las tendencias de comportamiento y percepciones que las personas tienen acerca de su capacidad de darse cuenta de las emociones, la claridad con la que las perciben y su capacidad para reparar sus estados emocionales. No existen reportes de su aplicación en médicos residentes. Cada grupo de ítems está compuesto de una serie de reactivos que son calificados con base a una escala tipo Likert con cuatro puntos, que representan los conceptos de óptimo, diestro, vulnerabilidad y cautela, expresando el grado de inteligencia emocional en cada grupo de ítems, en magnitud de mayor a menor.

En la versión impresa que se les entregó a los encuestados, venía al frente una hoja con las instruccio-

nes para dar respuesta al cuestionario. Para el llenado de la hoja de respuestas para el cuestionario se proporcionaron 30 minutos.

Variables del estudio: a) especialidad (1 = médicas: alergia e inmunología, anatomía patológica, anestesiología, audiología, cardiología, dermatología, dermatopatología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, genética médica, hematología, infectología, medicina del enfermo en estado crítico, medicina interna, medicina de rehabilitación, neonatología, neumología, neurología, neuropatología, oncología médica, pediatría, imagenología diagnóstica y terapéutica, radiooncología, reumatología; 2 = predominantemente quirúrgicas: cirugía general, cirugía plástica, coloproctología, ginecología oncológica, neurocirugía, ortopedia, urología; 3 = mixtas: ginecología y obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología); b) tipo de institución de educación superior de procedencia (1 = pública, 2 = privada); c) ubicación de la institución de educación superior de procedencia (1 = locales: Distrito Federal y municipios conurbados, 2 = foráneos: resto del país y extranjeros); d) promedio de la licenciatura en escala 1 a 100 ($1 \leq 80$, $2 = 80-89$, $3 = \geq 90$); e) lugar ocupado en el examen nacional de ingreso a las residencias médicas en escala de 1 a 800

(1 = 2-89, 2 = 90-291, 3 = 292-622); f) años transcurridos desde la titulación hasta el momento de ingresar a la residencia (1 = 0, 2 = 1-2, 3 = 3-9); g) género (1 = femenino, 2 = masculino); h) edad (1 = 23-28, 2 = 29-35); i) grado de dominio del ítem evaluado (1 = óptimo, 2 = diestro, 3 = cauteloso y vulnerable).

Análisis: se creó una base de datos con la información recabada procedente de las hojas de respuesta y se procedió a la realización del análisis estadístico respectivo, utilizando la Versión 17.0 del *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Para analizar la asociación entre dos variables cualitativas se empleó la prueba de χ^2 , se presentan los resultados en tablas de frecuencia y nivel de significancia estadística (valor de p) de la prueba. Se aplicaron análisis estratificados para determinar la influencia de una tercera variable en la asociación de estas variables.

RESULTADOS

Entre los 128 médicos participantes, el género femenino representó el 46.09% de los sujetos; se observó una media de la edad de 26.4 años (mínimo 23, máximo 35 años); un 92.2% habían obtenido un promedio en la licenciatura de 80 o más, en una escala 1 a 100 y un 90.6% provenían de universidades públicas (en el *cuadro III* aparecen las características de los sujetos del estudio). Considerando que el ingreso a la residencia médica es resultado de un concurrido y competido examen a nivel nacional (ENARM), el hecho de que en la muestra participen médicos que obtuvieron lugares del 2 al 622 (mediana 213), aunado a un promedio de calificaciones en la licenciatura con media de 86.5 (mínimo 73, máximo 97) podría indicar que los médicos residentes tenían un nivel aceptable de rendimiento académico.

En los grupos de ítems del instrumento aplicado, las medidas de los valores medianos, mínimos y máximos muestran una amplia heterogeneidad; en el *cuadro IV* se observan y su comparación con los rangos aceptados para un grado de dominio óptimo.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones definidas según género. Hubo una preferencia de las mujeres por las especialidades médicas y de los hombres por las quirúrgicas ($p = 0.013$). Los hombres presentaron un mejor nivel en el rubro de intención, comparados con las mujeres ($p = 0.030$). En el rubro del nivel de manejo de descontento constructivo, aunque a niveles de cautela en ambos géneros, hubo un mejor manejo por parte de las mujeres ($p = 0.009$). Los hombres que proce-

Cuadro III. Caracterización de los sujetos participantes (n=128).

Variable	Número	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	59	46.09
Masculino	69	53.91
Edad		
23 a 28 años	103	80.5
29 a 35 años	25	19.5
Grupo de especialidades		
Médicas	67	52.34
Quirúrgicas	42	32.81
Mixtas	19	14.84
Institución de educación superior		
Pública	116	90.63
Privada	12	9.38
Localización de la institución de educación superior		
Distrito Federal y área conurbada	57	44.53
Resto del país y extranjeros	71	55.47
Lugar en el ENARM		
2 – 89	39	30.47
90 – 291	40	31.25
292 – 622	39	30.47
Calificaciones de la licenciatura		
< 80	10	7.81
80 – 89	82	64.06
≥ 90	36	28.13
Años transcurridos de la titulación a ingreso a la residencia		
0	64	50.00
1 – 2	40	31.25
3 – 9	24	18.75

den de instituciones de educación superior localizadas en el Distrito Federal manejan mejor sus presiones personales y tienen mejores conexiones interpersonales con relación a los que proceden de otro sitio ($p = 0.037$ y 0.036 , respectivamente); entre las mujeres no hubo diferencias en este sentido. Un dato contrastante corresponde al lugar ocupado en el ENARM con relación al género: las mujeres tienen mejores conexiones interpersonales cuando ocuparon un lugar en el primer tercil (lugares 2 a 89) de selección en el ENARM ($p = 0.003$), y los hombres mostraron un mejor radio de confianza cuando ocuparon un lugar en el segundo y tercer tercil en el ENARM ($p = 0.015$).

En el análisis estratificado, en dos estratos de edad (23 a 28 y 29 a 35 años), los resultados revelaron que los sujetos del grupo de 23 a 28 años que optaron por una especialidad médica mostraron un mejor dominio del poder personal que los del grupo de la misma edad y de otro grupo de especialidades ($p = 0.039$).

Cuadro IV. Puntuación obtenida por los sujetos en cada uno de los ítems de la prueba Q-Metrics Versión III.5 (n=128)

Grupo de ítems	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Rango de dominio óptimo
Sucesos de la vida	6	0	45	0 – 2
Presiones de trabajo	7	0	31	0 – 6
Presiones personales	3	0	22	0 – 2
Conciencia emocional de sí mismo	26	14	33	29 – 33
Expresión emocional	20	9	35	20 – 27
Conciencia emocional de otros	28	16	38	28 – 39
Intención	36	21	48	33 – 42
Creatividad	20	7	27	24 – 30
Elasticidad	30	17	40	34 – 39
Conexiones interpersonales	25	12	30	28 – 30
Descontento constructivo	26	12	38	34 – 39
Compasión	29	20	36	33 – 36
Perspectiva	24	12	27	23 – 24
Intuición	23	12	36	29 – 33
Radio de confianza	24	7	30	26 – 30
Poder personal	33	15	39	34 – 39
Integridad	24	11	30	20 – 27
Salud general	10	2	38	0 – 8
Calidad de vida	28	14	33	27 – 33
Cociente de relaciones	20	11	21	20 – 21
Óptimo rendimiento	20	9	21	20 – 21

Independientemente de la especialidad, las personas del grupo de 29 a 35 años mostraron menor elasticidad emocional que los del grupo de menor edad ($p = 0.022$). El grupo de mayor edad y que procedía de institución de educación superior en el Distrito Federal mostró un mejor dominio de los sucesos de la vida que los procedentes de otros sitios ($p = 0.021$). En el grupo de 23 a 28 años se encontraron mejores conexiones interpersonales cuando obtuvieron un lugar en el segundo y tercer tercil en el ENARM, comparado con el otro grupo etario ($p = 0.027$).

Tomando como variable independiente el lugar ocupado en el ENARM, se tuvieron los siguientes resultados: un mejor dominio de la intuición correspondió a primeros lugares ($p = 0.003$), mejores conexiones interpersonales correspondieron a mejores lugares en el examen ($p = 0.015$), pero un mejor dominio del radio de confianza correspondió a los lugares inferiores ($p = 0.036$).

Los médicos residentes con promedios más altos en la licenciatura mostraron resultados compatibles con una mejor calidad de vida ($p = 0.042$).

Cuando se estratificó por grupos de especialidad el aspecto de conciencia emocional de otros, el grupo de especialidades mixtas mostró el porcentaje más alto de dominio óptimo comparado con las quirúrgicas que fue el más bajo, siendo este último el que mostró el porcentaje más alto en los niveles de cautela/vul-

nerable, comparado con los otros grupos de especialidades ($p = 0.05$).

DISCUSIÓN

Debido al empleo del instrumento Q-Metrics en su versión III.5 por primera vez en un grupo de médicos residentes, no existen estudios iguales. Sin embargo, se desea contrastar los resultados de la presente investigación con otros que exploran la IE en general, y en particular en médicos residentes, y es necesario recalcar que no ha sido aplicado un instrumento único para ese fin.²⁰⁻³³

En la presente investigación, el manejo del descontento en forma constructiva fue más adecuado en las mujeres que en los hombres, aunque la intención para la acción fue mejor manejada por los hombres. En ocasiones se cae en el estereotipo de que las mujeres son más competentes emocionalmente que los hombres.^{26,54} Los reactivos del cuestionario anotados como marcadores del descontento constructivo fueron: no expresaría mis sentimientos si creyera que con ello causaría un desacuerdo, yo sólo puedo confiar en mí mismo para hacer las cosas, es mejor evitar problemas, dejo que las cosas crezcan hasta el punto crítico antes de hablar de ellas, evito las disputas.

No se encontraron reportes que evaluaran el impacto de mudarse para trabajar y la IE, por lo que

no se pueden comparar los hallazgos del presente estudio. Los hombres cuya institución de educación superior estaba localizada en el Distrito Federal (DF) y área conurbada, tuvieron mejor manejo de presiones emocionales que los foráneos, especialmente en el grupo de 28-35 años. Las principales presiones emocionales estuvieron representadas por un nuevo empleo o compañía, mudanza o traslado, su matrimonio fue víctima de un delito, dificultades financieras, conflicto trabajo-familia. Estudios enfocados a presiones emocionales no muestran referencia de alguno de los factores citados anteriormente, y que forman parte del instrumento aplicado a los médicos residentes.^{47,63}

Las mejores conexiones interpersonales en nuestro estudio se mostraron en los hombres procedentes de instituciones de educación superior localizadas en el Distrito Federal y área conurbada, con relación a lo señalado previamente sobre las presiones emocionales.

Respecto a un alto y adecuado desempeño académico, para los fines de la presente investigación, representados por el lugar obtenido en el ENARM y el promedio de la licenciatura, las mejores conexiones interpersonales fueron en hombres procedentes de escuelas del DF, comparados con los foráneos, al igual que las mujeres, independientemente de su procedencia. Los primeros lugares del ENARM también tuvieron mejor manejo de la intuición. Es más notable el resultado de una percepción de una mejor calidad de vida en los residentes con promedios más altos en la licenciatura en comparación con promedios bajos. El mejor desempeño académico se ha postulado en otros estudios como concordante con una elevada IE.^{13-16,19,20,26} Contrasta el hecho de que los médicos de entre 23-28 años y con un lugar en el tercer percentil en el ENARM, también tuvieron mejores conexiones interpersonales y manejo del radio de confianza.

El grupo de 23-28 años mostró mayor elasticidad emocional que el de mayor edad, lo cual no se pudo comparar con otros estudios. Cuando los individuos de aquel grupo de edad, de 23 a 28 años, estuvieron inscritos en una especialidad médica, demostraron mejor manejo del dominio personal, con relación a los pertenecientes a los grupos de especialidades quirúrgicas o mixtas.

No hubo diferencias entre grupos con respecto a la IE y la intención de elegir especialidad, concordando con otros estudios.²⁴ Un estudio reportó que los médicos residentes de áreas quirúrgicas tuvieron buen manejo del estrés, pero mal manejo para las conexiones interpersonales,⁵⁸ y en la presente investi-

gación el óptimo dominio de conciencia emocional de otros se presentó en el grupo de las especialidades mixtas, comparado con las quirúrgicas y las médicas. No existe una explicación para ello.

No hay estudios que comprueben que una IE alta se correlaciona con el desempeño en la residencia. Los parámetros usados comúnmente en la selección de médicos residentes han mostrado poca correlación con su desempeño posterior.⁵⁸⁻⁶⁴

Es necesario tratar de homogeneizar los diferentes instrumentos para evaluar la IE y hacer revisiones críticas de los resultados. Un paso adelante será su aplicación en los médicos residentes, evaluando sus relaciones con el estrés de sus actividades asistenciales y académicas, y su desempeño ulterior.⁶⁵⁻⁷⁰

Ciertamente, sería deseable que el instrumento aplicado profundizara en otros aspectos vinculados a los procesos mentales explorados, así como los relativos a la dinámica familiar del médico residente, pero no contiene los ítems para ello, aunque consideramos que no es objeción para invalidar el propósito de la presente investigación.

Habiendo detectado áreas de vulnerabilidad se trabajó en conjunto con el Servicio de Salud Mental del hospital, y el propio personal de psicología adscrito a la Dirección de Enseñanza del Hospital General de México.

CONCLUSIONES

Los casos que se encuadraban en áreas de vulnerabilidad fueron pocos en la población objeto de estudio. Será necesario hacer seguimiento de ellos y estar atentos de su evolución.

No existe una forma unívoca de evaluar la IE. La diversidad de instrumentos y áreas de la personalidad que evalúan hace que se tengan resultados heterogéneos, dificultando la comparación de los mismos. Sin embargo, la evidencia acumulada se orienta a señalar los beneficios personales y sociales de una IE elevada. Es importante desarrollar habilidades emocionales en las instituciones de salud. La IE es una dimensión que debe tenerse más en cuenta dentro del amplio abanico de variables que inciden en el éxito de las personas. El énfasis en su desarrollo no debe acompañarse del abandono de las habilidades cognitivas y destrezas que son necesarias en la educación médica.

El contexto organizacional de los hospitales en general constituye un entorno en el que numerosos estresores ajenos al estudiante, y fuera de su control, pueden dificultar su tarea académica y devenir en

verdaderos obstáculos para el éxito. El estrés académico no se soluciona simplemente proporcionando al estudiante herramientas o recursos emocionales que le permitan afrontarlo. Más bien, se requieren enfoques globales que hagan posible la detección y modificación de aquellos aspectos estresantes de las organizaciones educativas y de los sistemas de salud.

Es necesario resaltar que la relación entre IE y rendimiento académico no es simplemente lineal y directa, sino que está influida por otras variables presentes en el alumno y su entorno.

El criterio indispensable para ocupar un sitio en las instituciones de atención a la salud para el desarrollo de una especialidad médica es haber acreditado el ENARM. Para el proceso de selección interna en cada una de ellas, el lugar ocupado en ese examen es altamente considerado, pero no es, y no debe ser, el criterio único para la toma de decisiones. Proponemos que la medición de la IE sea un parámetro más en la selección de médicos residentes, para detectar áreas de vulnerabilidad emocional y actuar en consecuencia, pero de ninguna manera la única evaluación adicional que se les haga con relación a la exploración de salud mental, ni que su resultado sea *dictum* para aceptar o no a un candidato.

BIBLIOGRAFÍA

- Ciarrochi JV, Chan AC, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences* 2000; 28 (3): 539-561.
- Extremera N, Fernández-Berrocal P. La inteligencia emocional en el contexto educativo: Hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación* 2003; 332: 97-116.
- Schutte NS, Malouff J, Bobik C, Coston T, Greeson C, Jedlicka C et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol* 2001; 141 (4): 523-536.
- Parker JDA, Summerfeldt LJ, Hogan MJ, Majesji SA. Emotional intelligence and academic success: examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences* 2004; 36 (1): 172-173.
- Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality* 1990; 9 (3): 185-211.
- Goleman D. La inteligencia emocional. México: Vergara Editor; 1997. p. 13-49.
- Ciarrochi J, Deane, F, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 2002; 32 (2): 197-209.
- Fernández-Berrocal P, Extremera N. La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Rev Iberoam Educ* 2002; 29: 1-6.
- Goleman D. La inteligencia emocional en la empresa. 3a ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Vergara; 2000. p. 17-28.
- Lopes PN, Salovey P, Straus R. Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences* 2003; 35 (3): 641-658.
- Cherniss C. Emotional intelligence and the good community. *Am J Commun Psychol* 2001; 30: 1-11.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion* 2001; 1: 232-242.
- Extremera N, Fernández-Berrocal P. La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Rev Iberoam Educ* 2003; 30: 1-12.
- Mayer JD, Cobb D. Emotional policy on Emotional Intelligence: Does it makes sense? *Educat Psychol Rev* 2002; 12: 163-183.
- Extremera PN, Durán A, Rey L. Inteligencia emocional y su relación con los niveles de Burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Rev Educac* 2007; 342: 239-256.
- Elías M, Tobías S, Friedlander B. Educar con inteligencia emocional. Barcelona, España: Plaza y Janés; 1999. 7-29.
- Engelberg E, Sjoberj L. Emotional intelligence, affect intensity and social adjustment. *Personality and Individual Differences* 2004; 37 (3): 533-542.
- Cooper RK, Sawaf A. La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma; 1999. 6-18.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
- Extremera PN, Fernández-Berrocal P, Mestre NJM, Guil BR. Medidas de Evaluación de la Inteligencia Emocional. *Rev Latinoam Psicol* 2004; 36 (2): 209-228.
- Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence* 1999; 27: 267-298.
- Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Health* 2002; 17: 611-627.
- Fernández-Berrocal P, Extremera PN, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Traid Meta-Mood Scale. *Psychol Rep* 2004; 94: 751-755.
- Borges NJ, Stratton TD, Wagner PJ, Elam CL. Emotional intelligence and medical specialty choice: Findings from three empirical studies. *Med Educ* 2009; 43 (6): 565-572.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V.2.0. *Emotion* 2003; 3: 97-105.
- Shapiro L, Lie DA. Comparison of medical students' written expressions of emotion and coping and standardized patients' ratings of students professionalism and communication skills. *Med Teach* 2004; 26 (8): 733-735.
- Burri AV, Cherkas LM, Spector TD. Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *J Sex Med* 2009; 6(7): 1930-7.
- Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence: Part 1: the development of scales and psychometric testing. *Nurs Health Sc* 2009; 11 (1): 58-63.
- Petrides KV, Furnham A. On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 313-320.
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D et al. Physician scores on a National Skills Examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298 (9): 993-1001.
- Bar-On R, Brown JM, Kirkaldy BD, Thomé EP. Emotional expression and implications for occupational stress; an ap-

- plication of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 1107-1118.
32. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 1998; 25: 167-177.
 33. Cooper RK, Sawaf A. La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma; 1999: 289-309.
 34. Rees LH. Medical education in the new millennium. *J Inter Med* 2000; 248: 95-101.
 35. García-García JA, González MJF: Entornos de la educación médica. En: Higuera RFJ, González MJF, García GJA. El nuevo modelo educativo del Hospital General de México. México. ISBN 978-970-95571-0-7. 23-45.
 36. Evans P. Is there a link between problem-based learning and emotional intelligence? *KUMJ* 2009; 7 (25): 4-7.
 37. Grewal D, Davidson HA. Emotional intelligence and graduate medical education. *JAMA* 2008; 300 (10): 1200-1202.
 38. Brown RF, Bylund CL. Communications skills training: describing a new conceptual model. *Acad Med* 2008; 83: 37-44.
 39. Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ* 2007; 41: 935-941.
 40. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owns C. Physician's emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med* 2002; 34 (10): 750-754.
 41. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney JR, Smikstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993; 37: 377-378.
 42. Elam C. Use of «emotional intelligence» as a measure of medical school applicants' noncognitive characteristics. *Acad Med* 2000; 75 (5): 445-446.
 43. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML. The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *Am J Med* 2005; 118 (10): 1126-1133.
 44. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002; 287 (22): 2951-2957.
 45. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees. *Arch Intern Med* 2007; 167 (19): 2030-2036.
 46. Vollp KG, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003; 348 (9): 851-855.
 47. Shaheen EL. Building emotional intelligence. *Can Fam Physician* 2009; 55 (4): 351-352.
 48. Weng HC. Does the physicians' emotional intelligence matter? Impacts of the physicians' emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship, and satisfaction. *Health Care Manage Rev* 2008; 33 (4): 280-288.
 49. Licea JL. La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (3): 121-123.
 50. Pau AKH, Croucher R. Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *J Dent Educ* 2003; 67(9): 1023-1028.
 51. Meyer BB, Fletcher TB, Parker SJ. Enhancing emotional intelligence in the health care environment: An exploratory study. *Health Care Manage* 2004; 23 (3): 225-34.
 52. Codier E, Molina KB, Schoultz J. Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses. *Nurs Admin Q* 2008; 32 (1): 8-14.
 53. Morrison J. The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *J Nurs Manag* 2008; 16 (8): 974-983.
 54. Lewis NJ, Ress CE, Hudson N, Bleakley A. Emotional intelligence in medical education: measuring the unmeasurable? *Adv Health Sci Educ* 2005; 10: 339-355.
 55. Brackett MA, Mayer JD. Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2003; 29 (10): 1-12.
 56. Carrothers RM, Gregory SW, Gallagher TJ. Measuring emotional intelligence of medical school applicants. *Acad Med* 2000; 75: 456-463.
 57. Conte JM. A review and critique of emotional intelligence measures. *J Organizational Behavior* 2005; 26: 433-440.
 58. Talarico JF, Metro DG, Carney P. Emotional intelligence and its correlation to performance as a resident: A preliminary study. *J Clin Anesth* 2008; 20: 84-89.
 59. Crane JT, Ferraro CM. Selection criteria for emergency medicine residency applicants. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 54-60.
 60. Bell JG, Kanellitsas I, Shaffer L. Selection of obstetrics and gynecology residents on the basis of medical school performance. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1091-1094.
 61. Metro DG, Talarico JF, Patel RM, Wetmore AL. The resident application process and its correlation to future performance as a resident. *Anesth Analg* 2005; 100: 502-505.
 62. Wood PS, Smith WL, Altamer EM, Tarico vs Franken EA. A prospective study of cognitive and noncognitive selection criteria as predictors of residents performance. *Invest Radiol* 1990; 25: 855-859.
 63. Killgore WD, Killgore DB, Day LM, Li C, Kamimori GH, Balkin TJ. The effects of 53 hours of sleep deprivation on moral judgment. *Sleep* 2007; 30 (3): 345-352.
 64. Jensen AR, Wright AS, Lance AR, O'Brien KC, Pratt CD, Anastakis DJ, Pellegrini CA, Horvath KD. The emotional intelligence of surgical residents: a descriptive study. *Am J Surg* 2008; 195: 5-10.
 65. Barie PS. Leading and meaning in unmanageable times. *J Trauma* 2005; 59: 803-814.
 66. Gewerts BL. Emotional intelligence: impact on leadership capacities. *Arch Surg* 2006; 141: 812-814.
 67. Lam LT, Kirby SL. Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *J Social Psych* 2002; 142 (1): 133-145.
 68. Bermúdez MP, Álvarez T, Sánchez A. Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Univ Psico* 2003; 2 (1): 27-32.
 69. Cortés SJF, Barragán VC, Vázquez CML. Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. *Salud Mental* 2002; 25 (5): 50-60.
 70. Extremera PN, Durán A. Inteligencia emocional y su relación con los niveles de Burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Rev Educ* 2007; 342: 239-256.

Correspondencia:

Dr. José Antonio García-García
 Dr. Balmis 148
 Col. Doctores
 06720 México, D.F.
 E-mail: drjagarca2@prodigy.net.mx