

Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año

Relationship between emotional intelligence and depression-anxiety and stress in medical students freshmen

René Javier Barraza-López^{1,a}, Nadia Andrea Muñoz-Navarro^{2,b} y Claudia Cecilia Behrens-Pérez^{2,b}

Background: Emotional management has been described as part of the desirable clinical skills in medical students, however the high prevalence of depression, anxiety and stress, especially freshmen, would negatively affect their emotional perception deteriorating learning, welfare personal and social. **Objective:** To determine the degree of relationship between the branches of emotional intelligence and self-rated depressive-anxious and stress symptoms reported by college freshmen medicine. **Method:** Under a non-experimental design, a sample of 106 freshmen of medicine of the 2013-2014 cohorts were surveyed, to raise the TMMS-24 data and DASS-21 scale was used. Data analysis was done using the Pearson correlation coefficient. **Results:** The results indicate the existence of inverse correlations between branches clarity and repair anxious depressive symptoms and stress and direct correlations between branch care and depression. **Discussion:** Lower levels of depression-anxiety and stress involve greater perceived ability to understand and manage emotions, while higher levels of depression involve a tendency to pay more attention to emotions which perpetuate itself rumination of these states. These results provide valuable information as to the need to enhance the skills of emotional intelligence in order to reduce the negative effects of mood and anxiety symptoms in medical students and increase the positive perception of emotional management linked to clinical skills.

Key words: Emotional Intelligence, Depression, Anxiety, Stress, Medical Students.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (1): 18-25

Introducción

La teoría de la inteligencia emocional considera a ésta como una inteligencia genuina, que propicia el uso adaptativo de las emociones facilitando

el procesamiento de la información emocional, permitiendo utilizar nuestras emociones a favor de un razonamiento más efectivo¹. En este sentido se reconoce que la inteligencia emocional es una variable que se pone en juego en las profesiones de

Recibido: 21/06/2016

Aceptado: 03/01/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

Estudio Financiado por la Vicerrectoría académica de la Universidad Católica del Norte.

¹ Magíster, Psicólogo, especialista en psicología educacional y evaluación infanto-juvenil, Académico.

² Magíster en Educación para Ciencias de la Salud, Médico Cirujano.

^a Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile.

^b Oficina de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

la salud dado que facilita el razonamiento clínico², la relación médico-paciente³, e incluso las habilidades clínico-quirúrgicas⁴. Es así como la literatura establece que el manejo emocional es parte fundamental de las habilidades clínicas deseables en los estudiantes de medicina⁵; no obstante, es posible que no todos los aspirantes a seguir estudios de medicina presenten el conjunto de estas cualidades⁶.

Por otra parte la alta prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, asociada a este grupo especialmente a estudiantes de primer año^{7,8}, afectaría negativamente su autopercepción emocional^{9,10}, mermando los recursos emocionales disponibles para manejar los efectos negativos generados por la sobrecarga académica que impone la carrera a sus estudiantes⁷, deteriorando el bienestar físico¹¹, personal¹² y social¹³. En este sentido existe evidencia que una adecuada percepción de inteligencia emocional pudiera actuar como un factor protector de la carga emocional negativa¹⁴⁻¹⁵, particularmente en estudiantes del área de salud¹⁶.

Dado lo anterior cabe preguntarse por la relación entre la percepción de inteligencia emocional y la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y estrés en estudiantes de medicina de 1° año, considerando que la primera pudiera actuar como un elemento moderador de la segunda. A partir de ello, el presente trabajo buscó determinar el grado de relación entre las ramas de la inteligencia emocional autopercebida y los síntomas depresivos-ansiosos y estrés, reportados por estudiantes universitarios de primer año de medicina.

Materiales y Método

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental de carácter correlacional, mediante un muestreo no probabilístico de participantes voluntarios¹⁷. Se conformó una muestra de 106 estudiantes universitarios de primer año, correspondiente a las cohortes 2013 y 2014, pertenecientes a la carrera de medicina de una universidad tradicional del norte de Chile.

Previo lectura y firma del consentimiento informado por parte de los/as estudiantes se procedió

a entregar en formato lápiz papel, el cuestionario para la autopercepción de inteligencia emocional (Trait meta mood scale, en adelante TMMS-24) y la escala de depresión ansiedad y estrés (en adelante DASS-21). La escala TMMS-24 mide los niveles de adecuación de las ramas de la inteligencia emocional percibida, a saber; atención emocional como la capacidad para percibir los propios estados emocionales, cuyos rangos de adecuación para hombres están entre los 27 ± 6 puntos y en mujeres 30 ± 6 ; claridad entendida como la capacidad para comprender los estados emocionales, cuyos rangos de adecuación están entre los $30,5 \pm 5,5$ puntos para los hombres y 29 ± 6 en mujeres, y reparación como la capacidad para regular los estados emocionales negativos, donde los rangos de adecuación para los hombres están entre los $29,5 \pm 6,5$ puntos y 29 ± 6 en mujeres. Los puntajes bajo estos rangos indican necesidad de mejora en la habilidad, en tanto que los puntajes sobre el rango medio indican un alto nivel de autopercepción en el desarrollo de la habilidad¹⁸. Esta escala informa para Chile una consistencia interna total de $\alpha = 0,92$ identificando una estructura de tres factores que explicarían el 56,5% de la varianza total¹⁸.

Por otra parte la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), establece el nivel de normalidad o severidad de cada una de las patologías autoreportadas, cuyos rangos de severidad para depresión clasifican como “normal” de 0 a 9 puntos para depresión, 0 a 7 para ansiedad y 0 a 14 puntos para estrés, aumentando desde niveles “medio” hasta “extrema severidad” (10 a >28 para depresión; 8 a >20 para ansiedad y 15 a >37 para estrés), la escala informa para Chile una consistencia interna total de $\alpha = 0,91$ identificando una estructura de tres factores que explicarían el 49,9% de la varianza total¹⁹. Ambas escalas son de autorreporte tipo lickert.

El análisis de los datos se realizó mediante el software SPSS, versión 15.0²⁰ por medio del cual fue posible obtener la distribución porcentual, medidas de tendencia central y finalmente el coeficiente de correlación de Pearson que permitió establecer la relación entre las ramas de la inteligencia emocional percibida y los síntomas depresivos, ansiosos y estrés.

Una vez obtenidos los resultados, se procedió a contactar a aquellos participantes del estudio que calificaron con altos niveles de depresión, ansiedad y/o estrés, a fin de ofrecerles la posibilidad de recibir atención gratuita por parte de los servicios de salud de la Universidad.

Resultados

Los resultados referidos a la autopercepción de inteligencia emocional, sitúan a la muestra de estudiantes en una proporción que oscila entre el 26% y 35% de déficit en cuanto al desarrollo de

estas habilidades (Tabla 1). No obstante, las tres ramas de la inteligencia emocional, describen puntajes promedio, que sitúan al global de la muestra en niveles adecuados, no evidenciando diferencias estadísticamente significativas por sexo (Tabla 2), como tampoco relación entre los niveles de auto-percepción de inteligencia emocional y la variable sexo.

A su vez los resultados referidos al autorreporte de depresión, ansiedad y estrés, dan cuenta que entre un 37% a un 45% de la muestra de estudiantes se ubica en niveles patológicos (Tabla 3), donde las medias se sitúan al límite de la normalidad en los puntajes promedio para depresión, estrés y en

Tabla 1. Descriptivos respecto de las ramas de inteligencia emocional

	Atención	Claridad	Reparación
Porcentaje rango debe mejorar	31,1%	35,9%	26,2%
Porcentaje rango adecuado	49,5%	52,4%	54,4%
Porcentaje rango demasiado	19,4%	11,7%	19,4%
Media	25,5	26,5	28,5
Desviación estándar	7,5	7,1	7,2
n	106		

Tabla 2. Comparación de la autopercepción de habilidad emocional por sexo

	Sexo	n	Media	DE.	Prueba t	Sig
Atención emocional	Hombres	52	29,15	15,452	-0,125	0,901
	Mujeres	54	29,52	14,551		
Comprensión emocional	Hombres	52	27,46	7,119	1,305	0,195
	Mujeres	54	25,65	7,185		
Regulación emocional	Hombres	52	28,94	7,392	521	0,603
	Mujeres	54	28,20	7,191		

Tabla 3. Distribución porcentual de la muestra en base a los rangos de normalidad/patología

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Porcentaje rango normal	62,1%	54,4%	62,1%
Porcentaje rango patológico	37,9%	45,6%	37,9%
Media	8,2	7,6	13,9
Desviación estándar.	8,4	7,0	9,1
n	106		

Tabla 4. Comparación de la autopercepción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, por sexo

	Sexo	n	Media	DE	Prueba t	Sig
Depresión	Hombres	52	7,96	9,567	-0,383	0,702
	Mujeres	54	8,59	7,265		
Ansiedad	Hombres	52	6,85	6,631	-1,027	0,307
	Mujeres	54	8,26	7,494		
Estrés	Hombres	52	12,69	8,766	-1,428	0,156
	Mujeres	54	15,22	9,448		

Tabla 5. Correlaciones entre inteligencia emocional percibida y síntomas depresivos, ansiosos y estrés

		Atención	Claridad	Reparación
Depresión	Correlación de Pearson	0,211*	-0,350**	-0,433**
	Sig. (bilateral)	0,030	0,000	0,000
Ansiedad	Correlación de Pearson	0,003	-0,408**	-0,230*
	Sig. (bilateral)	0,980	0,000	0,018
Estrés	Correlación de Pearson	0,159	-0,320**	-0,279**
	Sig. (bilateral)	0,104	0,001	0,004
n		106		

*p = 0,05; **p = 0,01.

rango medio en los puntajes promedio para ansiedad, no evidenciando diferencias estadísticamente significativas por sexo (Tabla 4), como tampoco relación entre los niveles de severidad de síntomas y la variable sexo.

En cuanto a la relación entre las ramas de la inteligencia emocional percibida y los síntomas depresivos, ansiosos y estrés, los resultados indican la presencia de una relación inversa entre las ramas claridad y reparación con los síntomas depresivos ansiosos y estrés, además de una correlación directa entre la rama de atención con depresión (Tabla 5).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el grado de relación entre la autopercepción de habilidad en inteligencia emocional y el autorreporte de los síntomas depresivos, ansiosos

y estrés, en una muestra de estudiantes de primer año de medicina. Los resultados dan cuenta de una relación significativa de los síntomas con las distintas ramas de inteligencia emocional, lo cual permite afirmar la hipótesis referida a que una adecuada percepción de inteligencia emocional, pudiera actuar como un factor protector de la carga emocional negativa¹⁴⁻¹⁵ en estudiantes del área de salud¹⁶.

Junto a ello se encontró que la inteligencia emocional percibida, reporta en promedio niveles adecuados para la percepción, comprensión y manejo de las emociones, lo cual es concordante con lo descrito por otros estudios que refieren resultados similares en muestras de estudiantes de medicina de primeros años²¹. Pese a ello, el 31% (\pm 5%) de los participantes del estudio, refiere tener déficit en el desarrollo de alguna de las ramas lo cual implica que estos aspectos se deben desarrollar²¹.

En cuanto a la autopercepción de depresión, ansiedad y estrés, los resultados son concordantes

con lo reportado por otros autores en estudios similares⁷⁻⁹. Si bien estos estudios han utilizado instrumentos diferentes, los actuales resultados confirman que la presencia de este tipo de patologías mantiene su tendencia de mayor prevalencia, en estudiantes del área de la salud respecto a la población general. Este hecho pone de relieve la necesidad de trabajar aspectos de orden personal como académico, a fin de prevenir o disminuir la manifestación de este tipo de síntomas en la muestra estudiada.

En este sentido, la presencia de correlaciones con distinta direccionalidad entre estas variables, estarían dando cuenta que menores niveles de depresión-ansiedad y estrés, implicarían una mayor percepción de habilidad para comprender y manejar las emociones, en tanto que mayores niveles de depresión implicarían una tendencia a prestar mayor atención a las emociones lo cual perpetuaría la rumiación propia de estos cuadros¹²⁻¹³.

A nivel conceptual, podría proponerse que la menor adecuación en los niveles de comprensión emocional de los estudiantes que presentan la sintomatología, se deba a que dichos cuadros propician una constante de emociones, como la tristeza, la ira o el miedo, las cuales conllevan un menor control en situaciones de alta sobrecarga emocional, excediendo las posibilidades de respuesta y comprensión del individuo. Por otra parte, una adecuada regulación emocional no sólo es un indicador de comunicación interpersonal y realización personal, sino también de salud mental. En este sentido los altos niveles de inteligencia emocional percibida permiten atender las emociones originadas en su entorno, comprender las posibles causas y consecuencias de ellas, desarrollar estrategias para regular y manejar diversos estados emocionales, lo que se traduce en mayores niveles de bienestar subjetivo²².

Los resultados obtenidos, aportan información preliminar valiosa, en cuanto a que la potenciación de una adecuada autopercepción de habilidades de

inteligencia emocional pudiera vincularse a una disminución de los efectos negativos de síntomas anímicos y ansiosos. Como proponen algunos autores²², la inteligencia emocional puede ser considerada como un fuerte factor protector e indicador robusto, de diferentes aspectos de la salud mental, física y psicosomática, cobrando un papel relevante en el manejo de las situaciones cotidianas u otras que implican altos niveles de sobrecarga.

A partir de lo anterior, resulta oportuno proponer la pertinencia de incorporar en los programas de asignatura del currículo de medicina del grupo estudiado, logros de aprendizaje y contenidos, orientados de forma específica al desarrollo y mejoramiento de la autopercepción y uso de este tipo de habilidades²³. En el entendido que el entrenamiento en habilidades en inteligencia emocional no sólo mejoraría las competencias propias de la profesión, generando un efecto positivo en la toma de decisiones clínicas², en la relación médico-paciente³ y en las habilidades médico-quirúrgicas⁴, sino también favorecería el desarrollo de otras conductas adaptativas tales como disminución del abuso de sustancias, el aumento de la tolerancia al estrés y aumento en el rendimiento y éxito académico²².

Finalmente, el presente trabajo, declara como limitaciones el tipo de muestreo utilizado, lo cual no permite realizar generalización de los resultados, por lo cual se sugiere replicar el estudio con muestras más amplias de estudiantes de medicina y otras carreras de salud de la región y Chile, para aumentar la validez externa. Por otra parte, al ser un estudio correlacional-no experimental, no es posible establecer causalidad entre las variables en estudio, a partir de ello se sugiere realizar un estudio longitudinal y/o ex-post-facto, a fin de estudiar cómo se comportan los niveles de inteligencia emocional percibida a lo largo de la carrera y/o cómo influyen éstos en el surgimiento de sintomatología ansiosa y del ánimo del estudiante y futuro profesional.

Resumen

Antecedentes: El manejo emocional ha sido descrito como parte de las habilidades clínicas deseables en estudiantes de medicina, sin embargo, la alta prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, especialmente de estudiantes de primer año, afectaría negativamente su autopercepción emocional deteriorando el aprendizaje, el bienestar personal y social. **Objetivo:** Determinar el grado de relación entre las ramas de la inteligencia emocional autopercebida y los síntomas depresivos-ansiosos y estrés reportados por estudiantes universitarios de primer año de medicina. **Método:** Bajo un diseño no experimental, se encuestó una muestra de 106 estudiantes de primer año de medicina de las cohortes 2013-2014. Para levantar los datos se utilizó el TMMS-24 y la escala DASS-21. El análisis de datos se hizo mediante el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Los resultados indican la existencia de correlaciones inversas entre las ramas claridad y reparación con los síntomas depresivos ansiosos y estrés y correlaciones directas entre la rama de atención y depresión. **Discusión:** Los menores niveles de depresión-ansiedad y estrés implicarían una mayor percepción de habilidad para comprender y manejar las emociones, en tanto que mayores niveles de depresión implicarían una tendencia a prestar mayor atención a las emociones lo cual perpetuaría la rumiación propia de estos estados. Estos resultados aportan información valiosa en cuanto a la necesidad de potenciar las habilidades de inteligencia emocional a fin de disminuir los efectos negativos de los síntomas anímicos y ansiosos en los estudiantes de medicina e incrementar la percepción positiva de manejo emocional vinculada a las habilidades clínicas.

Palabras clave: Inteligencia emocional, depresión, ansiedad, estrés, estudiantes de medicina.

Referencias

1. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En: Salovey P, Sluyter DJ, editores. Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York: Basic Books; 1997. p. 3-34.
2. Smith M. Clinical decision making in acute care cardiopulmonary physiotherapy. [dissertation]. Sydney: University of Sydney; 2006.
3. Weng HC, Chen HC, Chen HJ, Lu K, Hung SY. Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship. Med Educ [Internet] 2008; 42: 703-11. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03039.xPubMed PMID: 18588649 [Citado el 15 de enero de 2015].
4. Arora S, Russ S, Petrides K, Sirimanna P, Aggarwal R, Darzi A, et al. Emotional intelligence and stress in medical students performing surgical tasks. Acad Med. [Internet] 2011; 86 (10): 1311-7. Disponible en: doi: 10.1097/ACM.0b013e31822bd7aa. PubMed PMID: 21869667 [Citado el 15 de enero de 2015].
5. Smith M, Higgs J, Ellis E. Factors influencing clinical decision making. En Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N: Clinical reasoning in the health. Butterworth Heinemann. 2008. p. 89-100.
6. Castaño J, Cerón A, Collazos A, Molina A, Osorio J, et al. Factores que inciden en la motivación académica en un programa de medicina, Manizales, Colombia, 2010. Archivos de Medicina [Internet] 2012; 12 (1): 46-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273824148005> [Citado el 22 de abril de 2014].
7. Santander TJ, Romero SM, Hitschfeld AM, Zamora AV. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet] 2011; 4947-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo>

- oa?id=331527724008 [Citado el 22 de abril de 2014].
8. Barraza R, Muñoz N, Alfaro M, Álvarez A, Araya V, Villagra J, *et al.* Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [Internet] 2015; 53 (4): 251-60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400005> [citado el 16 de junio de 2016].
 9. Azzam A, Chandavarkar U, Mathews C. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depress Anxiety* 2007; 24 (2): 103-11. PubMed PMID: 16845642. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845642>.
 10. Gohm C, Corser G, Dalsky D. Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant? *Personality and Individual Differences* [Internet] 2005; 39: 1017-28. doi:10.1016/j.paid.2005.03.018. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01918869> [Citado el 15 de enero de 2015].
 11. Gloger S, Puente JAP, Fishman P, Caldumbie I, González R. Respuesta inmune disminuída por estrés académico intenso: cambios de la proliferación linfocitaria en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile* 1997; 125: 665-70.
 12. Dávila FA, Ruiz CR, Moncada AL, Gallardo RI. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología* [Internet] 2011; 20147-172. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26421338007> [Citado el 15 de enero de 2015].
 13. Arrieta VK, Díaz CS, González MF. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet] 2013; 42173-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629187004> [Citado el 16 de enero de 2015].
 14. Lyons JB, Schneider TR. The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences* [Internet] 2005; 39: 693-703. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.018>. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01918869> [Citado el 16 de enero de 2015].
 15. Noorbakhsha SN, Besharata M, Zarei J. Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia Social and Behavioral Sciences* [Internet]. 2010; 5: 818-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.191>. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/18770428> [Citado el 16 de enero de 2015].
 16. Ruiz AD, Extremera N, Pineda GC. Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet] 2014; 21: 106-13. doi: 10.1111/jpm.12052 PubMed PMID: 23578272. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23578272> [Citado el 16 de enero de 2015].
 17. Hernández R, Fernández C, Batista L. Metodología de la investigación. 6° ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
 18. Espinoza-Venegas M, Sanhueza-Alvarado O, Ramírez-Elizondo N, Sáez-Carrillo K. Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2015; 23 (1): 139-47. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100139&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535> [citado el 20 de junio de 2016].
 19. Antúnez Z, Vinet E. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica* 2012; 30 (3): 49-55. doi:10.4067/S0718-48082012000300005.
 20. SPSS Inc. Released 2006. SPSS for Windows, Version 15.0. Chicago, SPSS Inc.
 21. Lolaty HA, Tirgari A, Fard JH. Emotional intelligence and related factors in medical sciences students of an Iranian university. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet] 2014; 19 (2): 203-7. PubMed PMID: 24834092 [Citado el 16 de enero de 2015].
 22. Pineda C. Inteligencia emocional y bienestar

- personal en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. [Tesis doctoral en Internet]. Málaga: Universidad de Málaga; 2012. 221 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10630/5384> [Citado el 20 de diciembre de 2016].
23. Lolaty HA, Ghahari S, Tirgari A, Fard JH. The effect of life skills training on emotional intelligence of the medical sciences students in iran. *Indian J Psychol Med* [Internet] 2012; 34 (4): 350-4. doi: 10.4103/0253-7176.108217.PM-CID: PMC3662132 [Citado el 16 de enero de 2015].

Correspondencia:

René Barraza López, Escuela de Psicología,
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad Central de Chile.
Avda. Francisco de Aguirre 0405, La Serena.
Teléfono: 56-51-2479109.
E-mail: rene.barraza@ucentral.cl
renebarrazalopez@gmail.com