

Asociación entre inteligencia emocional y salud mental de docentes clínicos en ciencias de la salud.

Association between emotional intelligence and mental health of clinical tutors in health sciences.

Ludmila Varas-Yupátova¹, Antonio López-Fuenzalida^{2*}, Pamela Báez Amaya³, Eduardo Báez-SanMartín⁴, María Patricia González Vega¹.

¹ Departamento de Estrategias Aplicadas en la Formación en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha, Chile, ludmila.varas@upla.cl, <https://orcid.org/0009-0007-8299-0165>

² Departamento de Rehabilitación, Intervención y Abordaje Terapéutico, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha, Chile, antonio.lopez@upla.cl, <https://orcid.org/0000-0003-4339-337X>

³ Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile, pamela.baez@uv.cl, <https://orcid.org/0009-0000-9790-8397>

⁴ Facultad de Ciencias de la Vida, Universidad Viña del Mar, Chile, eduardo.baez@upla.cl, <https://orcid.org/0000-0002-3881-1015>

* Correspondencia: antonio.lopez@upla.cl

Recibido: 26/9/25; Aceptado: 22/10/25; Publicado: 24/10/25

Resumen

Objetivo: El estudio tuvo como objetivo analizar el nivel de inteligencia emocional—en sus dimensiones de atención, claridad y reparación emocional—y su asociación con la salud mental en docentes con rol clínico formativo en carreras universitarias del área de la salud. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando instrumentos validados de autorreporte (TMMS-24 y GHQ-30) en docentes clínicos de programas de ciencias de la salud. Se evaluaron y compararon los niveles de salud mental e inteligencia emocional según el contexto laboral (sector público o privado). **Resultados:** Los resultados mostraron un alto rendimiento en claridad emocional (68,5%) y reparación emocional (73,98%), y un bajo rendimiento en atención emocional (43,47%). La mayoría de los participantes (84,83%) presentó altos niveles de bienestar emocional, con mejores resultados en el sector privado (90%) frente al público (81,39%). Sin embargo, la autopercepción de salud mental fue superior en el sector público (76,67%) que en el privado (58,14%), lo que evidencia una divergencia entre percepción subjetiva y resultados del GHQ. Se encontraron asociaciones significativas entre los puntajes del GHQ y la autopercepción de salud mental ($r = .33$; $p < .01$) y entre el GHQ y la dimensión reparación emocional ($r = .26$; $p = .02$). **Conclusión:** La inteligencia emocional, especialmente la capacidad de reparación emocional, parece desempeñar un rol protector frente a alteraciones en la salud mental de los docentes clínicos. Los bajos niveles en atención emocional refuerzan la necesidad de estrategias institucionales que fortalezcan esta competencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar conjuntamente los aspectos emocionales y de salud mental en quienes forman a futuros profesionales de la salud.

Palabras clave: Inteligencia emocional, Salud mental, Docencia clínica, Educación en ciencias de la salud, Práctica profesional.

Abstract

Objective: This study aimed to analyse the level of emotional intelligence—specifically in the dimensions of emotional attention, clarity, and repair—and its association with mental health among clinical educators in health-related university programs. **Methods:** A cross-sectional descriptive

study was conducted using validated self-report instruments (TMMS-24 and GHQ-30) with clinical educators from health sciences programs. Participants' mental health and emotional intelligence levels were assessed and compared according to their work context (public vs. private). **Results:** The findings revealed high performance in the dimensions of emotional clarity (68.5%) and emotional repair (73.98%), and low performance in emotional attention (43.47%). Most participants (84.83%) showed high levels of emotional well-being, with better GHQ outcomes in the private sector (90%) compared to the public sector (81.39%). However, self-perceived mental health was higher in the public sector (76.67%) than in the private sector (58.14%), indicating a divergence between subjective perception and GHQ results. Statistically significant associations were found between GHQ scores and self-perceived mental health ($r = .33$; $p < .01$), and between GHQ scores and emotional repair ($r = .26$; $p = .02$). **Conclusion:** Emotional intelligence, particularly the ability to repair emotional states, appears to play a protective role in the mental health of clinical educators. The low scores in emotional attention underscore the need for institutional strategies to strengthen this competence. These findings highlight the importance of addressing both emotional and mental health aspects in educators who contribute to the clinical training of future health professionals.

Keywords: Emotional intelligence, Mental health, Clinical education, Health sciences education, Professional practice.

1. Introducción

En los últimos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reforzado la necesidad de construir sistemas de salud resilientes (1) que permitan otorgar a la población una cobertura universal, la que a su vez debe considerar la seguridad sanitaria como uno de sus pilares (2), y de esta forma, tener la capacidad de absorber y manejar los impactos de emergencias en salud (3), por cuanto la pandemia por COVID-19 dejó en evidencia una serie de brechas en las capacidades de los sistemas de salud a nivel global para dar una atención sanitaria segura, equitativa y oportuna (4). Es en este contexto, donde el fortalecimiento del recurso humano sanitario, tanto en calidad como cantidad de profesionales, es considerado un aspecto esencial para el desarrollo e implementación de esta necesidad (1), el que debe ser abordado integralmente, considerando tanto el componente profesional del saber (arista cognitiva), como también en las capacidades morales y motivacionales de los trabajadores sanitarios (2). Este fortalecimiento del recurso humano no solo impactaría favorablemente en proporcionar un servicio de calidad a corto plazo frente a una emergencia sanitaria (5), sino también podría tener un impacto futuro por el rol clínico formativo que algunos profesionales de la salud ostentan como una actividad complementaria a su rol asistencial, y que incide directamente en las capacidades y habilidades de los nuevos profesionales de ciencias de la salud, dada la comprensión del rol asistencial -docente como una amalgama clave para la profesionalización y el acompañamiento del proceso docente (6-7).

Es en este rol formativo donde el modelamiento de los futuros profesionales plantea la necesidad de abordar los distintos tipos de saberes, tales como los saberes cognitivos (8), investigativos (9), éticos y reflexivos, prácticos o procedimentales, y los saberes sociales o relacionales (10), dentro de los cuales se incluyen las habilidades comunicativas (11-12) y las habilidades blandas también llamadas no -cognitivas o socioemocionales (14), concepto que utilizaremos en la presente investigación. Estas últimas representan uno de los mayores desafíos en la formación de profesionales de la salud, al ser fundamentales para una atención integral centrada en el usuario y su contexto (13).

Bajo este prisma, los docentes clínicos adquieren la responsabilidad de incorporar recursos técnicos que posibiliten el desarrollo de sus habilidades docentes y que, a su vez, potencien el aprendizaje metadidáctico, transformándose en modelos profesionales para sus estudiantes (15), impactando tanto en la adquisición de conocimiento como en las habilidades interpersonales tan

necesarias en el proceso formativo (16). Sin embargo, para el logro de estos requerimientos, el docente clínico debe tener la capacidad de atender, comprender y regular sus propias emociones, junto con entender las de otros, aspectos que se enmarcan en el concepto de inteligencia emocional (17). En efecto, la inteligencia emocional considera las capacidades que permiten contar con estrategias de afrontamiento, adaptación, adopción y consolidación de habilidades socioemocionales, las que son consideradas fundamentales para el mejoramiento de las relaciones personales y laborales (18). A su vez, estas capacidades favorecen un clima de confianza en el contexto de la relación docente-estudiante, logrando incentivar al estudiantado a requerir retroalimentación en su quehacer académico, junto con alentarlos en la dedicación de tiempo y esfuerzo para mejorar su futuro desempeño (18).

Adicionalmente, una mayor inteligencia emocional favorecería un mejor desempeño en el rol clínico docente del profesional de la salud, dado que, este tipo de inteligencia es reconocido como un mecanismo que contribuye a la prevención y control de alteraciones en la salud mental de las personas, destacando particularmente su aporte en el manejo de la ansiedad y depresión (19, 20). Esta situación toma relevancia frente al incremento sostenido de los problemas de salud mental que han presentado los profesionales sanitarios, producto de la sobrecarga laboral y emocional condicionada por la pandemia por COVID-19, provocando una reducción en su rendimiento laboral y motivación (16), afectando negativamente la autopercepción emocional, con la consecuente implicancia en la calidad de la atención y servicio profesional (20-21).

Dada la relevancia del nivel de inteligencia emocional y salud mental de los profesionales de la salud para el correcto cumplimiento del rol docente – asistencial, y la incidencia en el impacto que esto tendría en el proceso formativo de los futuros trabajadores sanitarios, adicionando el hecho que, según nuestro conocimiento, en Chile no se evidencian estudios que informen el comportamiento y relación de estas variables en los profesionales de la salud con rol docente – asistencial. En la presente investigación se tiene como objetivo principal analizar el nivel de inteligencia emocional en sus procesos de percepción (atención emocional), comprensión (claridad emocional) y regulación de las emociones (reparación emocional) y su asociación con la presencia depresiva y ansiosa en docentes con rol clínico formativo de las carreras de la salud.

2. Métodos

2.1 Tipo de estudio, lugar y muestra del estudio

Estudio prospectivo observacional de corte transversal. Un total de 73 docentes clínicos formadores de estudiantes de carreras de ciencias de la salud (Kinesiología, Terapia Ocupacional, Nutrición, Enfermería y Fonoaudiología) pertenecientes a los centros de salud públicos y privados de la Universidad de Playa Ancha (Chile) participaron en nuestro estudio. Estos representaban el 40% de la población total de 182 docentes guía de práctica profesional. La estimación del tamaño muestral se determinó a través de la transformación z de Fisher, la que se implementó con el programa G*Power 3.1. Para esta estimación se consideraron los parámetros del tamaño de la población de docentes clínicos, un alfa de .05 (dos colas) y una potencia estadística de .80, junto con un r de .33 basado en los resultados obtenidos por Fernández-Martínez et al., (22), quienes analizaron la relación entre la inteligencia emocional y la salud mental, mediante el uso de las pruebas de Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional de autorreporte y el Cuestionario de Salud General de Goldberg en estudiantes universitarios. El número de docentes del sector de salud público y privado fue de 43 y 30 participantes, respectivamente, lo que se estableció con base en la proporción de docentes clínicos pertenecientes a cada sector sanitario, con un 59% para el área pública y 41% para el área privada. Los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) Desarrollar actividades docentes clínico formativas en la actividad curricular de práctica profesional para estudiantes de décimo primer y décimo segundo semestre del plan de estudio de las carreras de pregrado (licenciaturas) para la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Playa Ancha de

Valparaíso durante los años 2022 y 2023, b) Presentar una antigüedad laboral de al menos un año en el centro clínico en el que cumplierse el rol docente – asistencial, y c) Firma de consentimiento informado. El criterio de exclusión considerado fue: a) Haber presentado ausentismo laboral por más de 3 meses totales en los años 2022 y 2023.

2.2 Instrumentos de medición

2.2.1 Inteligencia emocional

La inteligencia emocional percibida fue evaluada mediante la Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional de autorreporte (TMMS 24), instrumento que estudia los factores de Percepción, Comprensión y Regulación, mediante 24 ítems con escala Likert, con un rango de puntuación de 1 a 5, considerando puntuación 1: “nada de acuerdo”, puntuación 2: “algo de acuerdo”, puntuación 3: “bastante de acuerdo”, puntuación 4: “muy de acuerdo”, puntuación 5: “totalmente de acuerdo” (23). Este instrumento ha sido aplicado a docentes universitarios, mostrando una consistencia interna, según sus dimensiones de atención ($\alpha = 0.90$), claridad ($\alpha = 0.90$) y reparación ($\alpha = 0.86$) (24).

2.2.2 Salud Mental

La salud mental fue evaluada mediante el cuestionario de autorreporte de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ) (25-26). Esta herramienta estudia las dimensiones de Ansiedad y Depresión, mediante la aplicación de 12 ítems con escala Likert, con un rango de puntuación de 0 a 3, donde una puntuación más alta (“3”) corresponde a una mayor afectación en el componente de la salud mental. El cuestionario ha sido utilizado en estudios previos tanto en profesionales de la salud (27-28) como en docentes de educación superior (29-30), cuya validación ha sido presentada en investigaciones previas (31-32), ostentando una confiabilidad de .89 (33). Adicionalmente, se recoge la autopercepción de salud mental solicitando a los participantes responder la pregunta “¿Cuál es su percepción de salud mental?”, con las opciones de respuesta: “Buena”, “Regular” y “Mala”.

2.3 Procedimientos

En primera instancia se citaron a los docentes clínicos de la Universidad a una reunión informativa, donde se describieron los objetivos del estudio y sus características procedimentales, para posteriormente, entregar el consentimiento informado a los profesionales interesados en participar. Posterior a la firma del consentimiento informado, se recolectaron los antecedentes personales de cada participante, registrando, entre otros datos, correo electrónico y teléfono móvil. Se les indicó a los participantes que los instrumentos serían enviados a sus correos electrónicos utilizando el recurso de un formulario en línea, para facilitar la ejecución de las pruebas en condiciones de privacidad y tranquilidad. A los participantes se les sugirió considerar un mínimo de 40 minutos para responder los instrumentos de evaluación. La recolección de los datos se operacionalizó mediante el registro de las respuestas en una planilla de Excel para su posterior tratamiento estadístico.

2.4 Análisis de datos

El análisis estadístico fue realizado a través del programa STATA, versión 17 (Stata Corp LP, College Station, Texas, USA). La media e intervalo de confianza al 95% fueron usados para describir aquellas variables con distribución normal, mientras que el análisis de frecuencias absoluta, relativa y acumulada fue utilizado para la descripción de las variables cualitativas. Se utilizó la prueba U de

Mann-Whitney para la comparación entre grupos; mientras que, para las asociaciones entre las variables, se utilizó la prueba Tau de Kendall. Se consideró un alfa de .05.

2.5 Consideraciones éticas

Los instrumentos y procedimientos del estudio siguieron las directrices de la Declaración de Helsinki para la investigación médica sobre sujetos humanos (34), y fueron previamente revisados y aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de Playa Ancha de Valparaíso, Chile (ID 55/2022), resguardando los principios éticos de la investigación biomédica.

3. Resultados

Las características demográficas de los docentes clínicos asistenciales se muestran en la tabla 1, destacando una diferencia de media de las edades entre el sector público y privado de 3.69 años, y 3.11 años con relación a la experiencia profesional, con valores más altos para el sector público. Respecto al sexo, las profesionales docentes-clínicas representan la mayor cantidad de participantes en todos los grupos, con una prevalencia del 79.1%, 80.0% y 79.45% en el sector público, privado y grupo total, respectivamente.

Tabla 1. Características demográficas de los docentes clínicos asistenciales.

	Sistema de salud público n = 43, (mujeres = 34)			Sistema de salud privado n = 30, (mujeres = 24)			Grupo total n = 73, (mujeres = 58)		
	IC (95%)			IC (95%)			IC (95%)		
	Media	Sup.	Inf.	Media	Sup.	Inf.	Media	Sup.	Inf.
Edad (años)	37.19	40.41	33.96	33.50	36.18	30.82	35.67	37.86	33.48
Ejercicio profesional (años)	11.83	15.04	8.61	8.72	11.53	5.91	10.55	12.75	8.35

n: número de participantes; IC: intervalo de confianza; Sup: superior; Inf: inferior.

En la tabla 2 se presenta el análisis del estado de salud mental e inteligencia emocional de los docentes clínicos asistenciales acorde con el sistema de salud al que pertenecen. No se observan diferencias significativas en las dimensiones de las variables estudiadas según el contexto laboral de los docentes clínicos, sin embargo, se destacan las diferencias favorables para los profesionales del sistema de salud privado respecto al sistema público en aquellas categorías de las dimensiones que orientan hacia un mayor bienestar, tanto en la percepción de salud mental por autopercepción con 18.53%, y en el GHQ con 8.61%, como también en la inteligencia emocional en las dimensiones de comprensión y regulación, con valores de 10.7% y 14.42%, respectivamente. Por otro lado, se observa en el grupo total que el 73.98% presenta una excelente o adecuada “Reparación”, el 68.5% reporta lo mismo en el ítem de “Comprensión” y el 65.75% presenta un estado “Bueno” en la “Autopercepción de salud mental”. Mientras que, en el ítem de “Atención”, se destaca que la mayoría de los participantes obtuvo el resultado en la categoría “Poco”, con un 49.32%.

Tabla 2. Salud mental (GHQ y autopercepción) e inteligencia emocional en docentes clínicos asistenciales según el sistema de atención de salud.

Variables	Categorías	Sistema de salud público n = 43 (mujeres = 34)			Sistema de salud privado n = 30 (mujeres = 24)			Diferencia FR Privado vs Público (%)			Grupo total n = 73 (mujeres = 58)		
		FA (n)	FR (%)	FAc (%)	FA (n)	FR (%)	FAc (%)	Dif (%)	W	P	FA (n)	FR (%)	FAc (%)
Inteligencia emocional TMMS 24	Atención	Adecuado	18	41.86	41.86	13	43.33	43.33	- 1.47		31	42.47	42.47
		Poco	20	46.51	88.37	16	53.33	96.67	- 6.82	684.50.63	36	49.32	91.79
		Demasiado	5	11.63	100.0	1	3.33	100.0	830		6	8.21	100.0
	Claridad	Excelente	4	9.30	9.30	6	20.00	20.00	- 10.70		10	13.70	13.70
		Adecuada	28	65.12	74.42	12	40.00	60.00	25.12	612.00.68	40	54.80	68.50
		Debe mejorar	11	25.58	100.0	12	40.00	100.0	- 14.42		23	31.50	100.0
	Reparación	Excelente	11	25.58	25.58	6	20.00	20.00	5.58		17	23.29	23.29
		Adecuada	20	46.51	72.09	17	56.67	76.67	- 10.16	641.00.97	37	50.69	73.98
		Debe mejorar	12	27.91	100.0	7	23.33	100.0	4.58		19	26.02	100.0
Salud Mental	GHQ	Bienestar emocional	35	81.39	81.39	27	90.00	90.00	- 8.61		62	84.93	84.93
		Leve elevación	4	9.30	90.69	2	6.67	96.67	- 5.98	704.00.29	6	8.22	93.15
	Síntomas Emocionales	Moderada elevación	1	2.33	93.02	1	3.33	100.0	- 1.00		2	2.74	95.89
		Elevación significativa	3	6.98	100.0	0	0	100.0	6.98		3	4.11	100.0
	¿Cuál es su percepción de su salud mental?	Buena	25	58.14	58.14	23	76.67	76.67	- 18.53		48	65.75	65.75
		Regular	17	39.54	97.68	7	23.33	100.0	16.21	522.00.10	24	32.88	98.63
		Mala	1	2.33	100.0	0	0	100.0	2.33		1	1.37	100.0

TMMS-24, Escala Rasgo de metaconocimiento emocional de autorreporte; GHQ, Cuestionario General de Salud de Goldberg; n, número de casos; FA., frecuencia absoluta; Fr. Rel., frecuencia relativa; FAc, frecuencia acumulada; Dif, diferencia de frecuencia absoluta; W, prueba de U de Mann-Whitney; p, significancia estadística; Autoper, autopercepción.

La asociación entre la salud mental, determinada por el GHQ con la autopercepción de salud mental e inteligencia emocional de los docentes clínicos asistenciales se aprecia en la tabla 3 y la figura 1, las que muestran relaciones significativas directas entre la salud mental del GHQ con la autopercepción de salud mental (Tau-b Kendal = .33; $p < .01$) y la dimensión de reparación de la prueba TMMS-24 (Tau-b Kendal = .26; $p = .02$). Respecto a la asociación entre la autopercepción de salud mental con las dimensiones de la inteligencia emocional, no se observaron valores estadísticamente significativos (Tabla 4).

Tabla 3. Asociación entre la salud mental determinada por el GHQ y la autopercepción de salud mental e inteligencia emocional en docentes clínicos asistenciales.

Prueba de Goldberg de salud mental									
Variables	Dimensión	Categorías	Síntomas Emocionales				Tau-b	Z	p
			Bienestar n (%)	Elevación leve n (%)	Elevación moderada n (%)	Elevación signif. n (%)			
Salud mental autoper.	¿Cuál es su percepción de su salud mental?	Buena	45 (61.64)	2 (2.74)	1 (1.37)	0 (0,0)	.33	2.87	< .01*
		Regular	16 (21.92)	4 (5.48)	1 (1.37)	3 (4,11)			
		Mala	1 (1.37)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0,0)			
Intelligen Emocional TMMS-24	Atención	Adecuada	26 (35.62)	3 (4.11)	1 (1.37)	1 (1,37)	-.02	-0.02	.88
		Poca	31 (42.47)	2 (2.74)	1 (1.37)	2 (2,74)			
		Demasiada	5 (6.85)	1 (1.37)	0 (0.0)	0 (0,0)			
	Claridad	Excelente	8 (10.96)	2 (2.74)	0 (0.0)	0 (0,0)	.02	0.14	.89
		Adecuada	35 (47.95)	2 (2.74)	1 (1.37)	2 (2,74)			
		Debe mejorar	19 (26.03)	2 (2.74)	1 (1.37)	1 (1,37)			
	Reparación	Excelente	16 (21.92)	1 (1.37)	0 (0.0)	0 (0,0)	.26	2.39	.02*
		Adecuada	33 (45.21)	4 (5.48)	0 (0.0)	0 (0,0)			
		Debe mejorar	13 (17.81)	1 (1.37)	2 (2.74)	3 (4,11)			

TMMS-24, Escala Rasgo de metaconocimiento emocional de autorreporte; n, número de casos; Mod., moderada; signif., significativa; p, significancia estadística; *, valor de p menor a .05; Intelligen., inteligencia; Autoper., autopercepción; Tau-b, prueba Tau-b de Kendall.

Tabla 4. Asociación entre la salud mental determinada por la autopercepción de salud mental y la inteligencia emocional en docentes clínicos asistenciales.

Variables	Dimensión	Categorías	Autopercepción: ¿Cuál es su percepción de su salud mental?			Tau-b Kendall	Z	p
			Buena n (%)	Regular n (%)	Mala n (%)			
Inteligencia Emocional TMMS-24	Atención	Adecuada	19 (26.03)	11 (15.07)	1 (1.37)			
		Poca	25 (34.25)	11 (15.07)	0 (0.0)	-.08	-0.70	.49
		Demasiada	4 (5.48)	2 (2.74)	0 (0.0)			
	Claridad	Excelente	5 (6.85)	4 (5.48)	1 (1.37)			
		Adecuada	31 (42.47)	9 (12.33)	0 (0.0)	.07	0.63	.53
		Debe mejorar	12 (16.44)	11 (15.07)	0 (0.0)			
	Reparación	Excelente	4 (5.48)	3 (4.11)	0 (0.0)			
		Adecuada	23 (31.51)	13 (17.81)	1 (1.37)	.16	1.46	.14
		Debe mejorar	11 (15.07)	8 (10.96)	0 (0.0)			

TMMS-24, Escala Rasgo de metaconocimiento emocional de autorreporte; n, número de casos; p, significancia estadística.

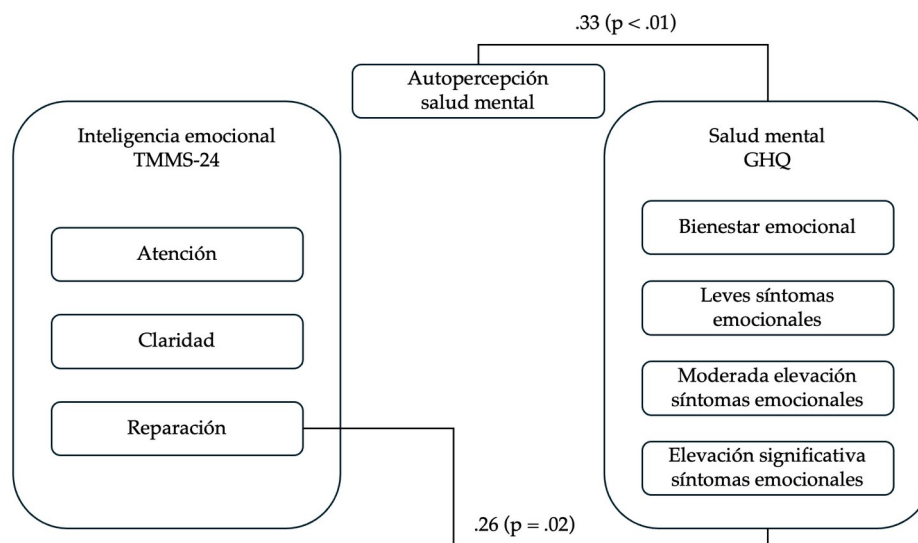


Figura 1. Asociación entre la salud mental estimada por el GHQ, autopercepción de salud mental e inteligencia emocional en docentes clínicos con rol formativo de ciencias de la salud.

4. Discusión

El presente estudio tiene como objetivo analizar el nivel de inteligencia emocional, en sus procesos de percepción (atención emocional), comprensión (claridad emocional) y regulación de las emociones (reparación emocional) y su asociación con la salud mental en docentes con rol clínico formativo de las carreras de la salud. Los primeros resultados muestran que: (i) Los docentes clínicos asistenciales mostraron un alto rendimiento en las dimensiones de “Claridad” y “Reparación”, y bajo rendimiento en la dimensión de “Atención”, mientras que en la salud mental, la mayoría presentó “Bienestar emocional” y una “Buena” autopercepción de esta variable, (ii) No hubo diferencias estadísticamente significativas en la salud mental e inteligencia emocional entre los docentes clínicos de acuerdo con el sistema de salud donde desempeñan su rol clínico asistencial, (iii) Se encontraron asociaciones significativas entre salud mental, determinada por el GHQ, con autopercepción de la salud mental y la dimensión de “Reparación” de inteligencia emocional.

En nuestra cohorte de docentes clínicos, la salud mental se evaluó mediante el GHQ y a través de la aplicación de una pregunta única de autopercepción (“¿Cuál es su percepción de salud mental?”). En el GHQ, el 84.83% de los docentes clínicos mostró un alto nivel de bienestar emocional, con una prevalencia superior en el sistema privado (90%) respecto del sector público (81.39%). Al desagregar los casos con alteración de salud mental (18.61%), el 8.22% presentó alteración leve, el 2.74% moderada y el 4.11% significativa. Mientras que, en la medida de autopercepción, el 65.75% de los docentes clínicos declaró “buena” salud mental (76.67% en el sector público y 58.14% en el privado). Esta discrepancia entre instrumentos es relevante, por cuanto la autopercepción resultó inferior al GHQ en 19.08 puntos porcentuales a nivel global, con una diferencia especialmente marcada en el sector privado (-31.86%) y menor en el público (-4.72%). A su vez, se observó una inversión del patrón entre los sistemas, por cuanto el GHQ favoreció al sector privado (90% vs. 81.39%), mientras que la autopercepción favoreció al sector público (76.67% vs. 58.14%). Pese a estas diferencias, se observó una asociación directa y estadísticamente significativa entre ambas medidas ($r = .33$, $p < .01$), lo que sugiere que una mejor autopercepción tiende a corresponderse con mejores puntajes en el GHQ.

Al contrastar nuestros resultados con la literatura disponible, no identificamos estudios que caractericen específicamente la salud mental en docentes clínicos. No obstante, en profesionales de la salud se han descrito patrones de bienestar/malestar psicológico superiores a los observados en nuestra muestra. En efecto, Magaña-Salazar y cols. (35) evaluaron a 121 trabajadores sanitarios con el

GHQ, y reportaron alteraciones mayoritariamente de nivel intermedio (79.3%), seguidas por leves con un 16.5% y altas con un 4.1%. Concordantemente, Roshani, Saboni y Amjadian (36) informaron que, entre 163 proveedores de atención médica evaluados con el GHQ, el 92.7% presentaba alteraciones (54.6% moderadas, 30.1% leves y 11.7% graves). Probablemente, esta discrepancia con nuestro estudio responda, al menos en parte, a la temporalidad de los estudios, por cuanto ambos trabajos se desarrollaron durante los años 2020 y 2021, en pleno contexto pandémico por COVID-19, mientras que nuestra investigación tuvo lugar en un período pospandémico. Por otra parte, atendiendo al carácter académico de nuestra muestra, la comparación con docentes universitarios ajenos al ámbito de la salud sugiere magnitudes similares de compromiso en la salud mental (29). En dicho estudio, tras evaluar a 106 académicos de educación superior mediante el GHQ-30, el 37% mostró indicios de afectación de la salud mental, proporción que resulta mayor respecto a los valores observados en nuestra muestra con el GHQ, pero congruente con la estimación de “buena percepción” derivada de la pregunta única de autopercepción.

Con relación a la inteligencia emocional, evaluada mediante el TMMS-24, los docentes clínicos mostraron un perfil favorable en las dimensiones de “Reparación” y “Claridad”, y un rendimiento comparativamente más bajo en la dimensión “Atención”, patrón consistente con investigaciones en profesionales de la salud evaluados con el mismo instrumento (37-39). En “Reparación”, el 73.98% alcanzó categorías “Excelente” o “Adecuado” (con mayor peso en “Adecuado” con un 50.69%). Este desempeño fue ligeramente superior en el sector público respecto del privado (76.67% vs. 72.09%; diferencia + 4.58%). Estos resultados se alinean con los reportados por Fernández y cols. (38) en 247 trabajadores sanitarios con un 83% “Excelente/Adecuado”, por Ordóñez-Rufat y cols. (37) en 92 enfermeras de UCI (77.17%) y por Mata Peón y cols. (39) en 95 trabajadores de la salud (75.79%).

A diferencia del patrón descrito en el personal sanitario, los estudios con docentes universitarios muestran heterogeneidad. Muñoz y cols. (40) informaron que solo el 22% de los docentes obtuvieron resultados “Excelente/Adecuado”, en contraste con el 85.11% reportado por Botey y cols. (41) en 47 docentes de las áreas de humanidades y ciencias, y con el 96.6% señalado por Fernández y cols. (42) en docentes universitarias de enfermería. Esta variación en los resultados sugiere la potencial variabilidad tanto contextual como metodológica (p. ej, disciplina, género, requerimientos laborales, clima organizacional, entre otros), la que merece ser abordada en futuras investigaciones.

Con relación a la dimensión “Claridad”, en nuestra cohorte, el 68.5% alcanzó “Excelente/Adecuado”, rendimiento ligeramente inferior al rango descrito en profesionales sanitarios (71.58% al 87.7%) (36-38). En el ámbito universitario general, los resultados también son dispares, con valores de 23% (Muñoz et al., 40), 87.7% (Fernández et al., 42) y 78.72% (Botey et al, 41). Al interior de nuestra muestra, los docentes del sector público superaron a sus pares del sector privado en 14.42 puntos porcentuales, lo que podría reflejar diferencias en la cultura organizacional, apoyos institucionales o demandas asistenciales.

En contraste con las dos dimensiones previas, la “Atención” mostró el rendimiento más bajo con un 43.47% en “Adecuada”, con diferencias mínimas entre sectores (41.86% público vs. 43.33% privado). Este comportamiento es coherente con lo observado en el personal sanitario (44,9%; 37; 46.67%, 36; 46.32%, 38) y en docentes no clínicos (42.44%, 41). No obstante, la literatura vuelve a divergir, reportando un 20% en “Adecuada” en el estudio de Muñoz y cols. (40), mientras Fernández et al. (42) informan un 58.6% para la misma categoría. Dicha variabilidad de resultados refuerza la necesidad de ejecución de estudios comparativos que profundicen las particularidades que aportan la disciplina, el nivel de carga docente-asistencial y las condiciones psicosociales del trabajo.

Respecto a la relación estudiada entre la salud mental y las dimensiones de la inteligencia emocional, observamos una asociación directa entre la salud mental medida por GHQ y la autopercepción de salud mental ($r = .33$; $p < .01$). Además, el GHQ se correlacionó de manera

significativa y positiva con la dimensión "Reparación" del TMMS-24 ($r = .26$; $p = .02$), lo que sugiere que la capacidad de regular estados emocionales se asocia con mejores indicadores de bienestar psicológico. Sin embargo, en nuestra revisión de la literatura, no encontramos estudios previos que expliquen estas relaciones en poblaciones de docentes clínicos, lo que confiere carácter exploratorio a nuestros hallazgos y abre un campo específico de investigación.

Frente al análisis de las implicancias para la práctica académica que aporta nuestra investigación, nuestros resultados respaldan la necesidad de profundizar en los factores que regulan la salud mental e inteligencia emocional de los profesionales con rol docente-asistencial (43). En este contexto, identificar condiciones organizacionales (carga de trabajo, reconocimiento, recursos, etc.), así como habilidades emocionales entrenables (p. ej., estrategias de reparación), puede orientar intervenciones de observación, apoyo y acompañamiento que impacten tanto en el bienestar del cuerpo académico clínico (44), como en el modelamiento profesional de los estudiantes (43-46). Asimismo, abordar el desbalance entre sobrecarga y autocuidado podría mitigar la desmotivación, la deserción y la migración de los profesionales sanitarios a puestos de trabajo de menor desgaste (45), en un contexto universitario de creciente demanda (8-9, 11-12, 46-49). En coherencia con recomendaciones de la literatura (1, 47), consideramos clave que las instituciones avancen hacia culturas organizacionales resilientes, con diálogo informado sobre salud mental y estrategias de afrontamiento a nivel comunitario.

Entre las fortalezas de nuestro estudio destacamos: (i) el enfoque en una población poco estudiada, pero de alto impacto para la formación de nuevos profesionales en ciencias de la salud; (ii) la inclusión de múltiples profesionales sanitarios, tanto del sector público como privado; y (iii) el uso combinado del GHQ y TMMS-24 junto a una medida de autopercepción, lo que permite triangulación de indicadores. Entre las mejoras deseables, recomendamos ampliar la muestra a otras instituciones y regiones del país, e incorporar métodos cualitativos (encuestas abiertas, grupos focales, observación) para de esta manera contextualizar y comprender los mecanismos subyacentes en los resultados obtenidos, facilitando el diseño de intervenciones ajustadas a contextos específicos y a la evaluación del impacto en la salud mental y habilidades emocionales del cuerpo docente clínico.

Finalmente, a partir de nuestro trabajo, y con la intención de aportar a la consolidación de una línea de investigación aplicada que vincule el bienestar del docente clínico con la calidad del proceso formativo en ciencias de la salud, y que a su vez contribuya en aportar evidencia que sustente la modificación y/o generación de políticas universitarias que mejoren la gestión de los docentes asistenciales, consideramos proyectar estudios futuros que: modelen los determinantes de la salud mental e inteligencia emocional en docentes clínicos; diseñen e implementen programas de entrenamiento emocional integrados en políticas de bienestar académico; y el desarrollo de estudios con diseños mixtos que combinen escalas validadas (GHQ, TMMS-24) con otras métricas contextuales y datos cualitativos, favoreciendo el planteamiento de análisis multinivel (individuo, equipo, institución).

5. Conclusiones

- El presente estudio destaca la importancia de la inteligencia emocional y la salud mental como factores clave en el desempeño y bienestar de los docentes clínicos formativos en ciencias de la salud.
- El perfil dimensional de la inteligencia emocional muestra fortalezas en "Claridad" y "Reparación", junto con retos persistentes en la dimensión de "Atención". En términos de bienestar, la mayoría de los participantes gozan de un buen bienestar emocional, sin evidenciar diferencias significativas entre los sistemas público y privado.
- De forma concordante, las asociaciones significativas entre la dimensión de "Reparación" de la inteligencia emocional y la salud mental con el GHQ de Goldberg respaldan la premisa de un efecto protector de la regulación emocional frente a alteraciones de salud mental, como el

estrés y el *burnout*. Este vínculo se alinea con la evidencia que postula que el fortalecimiento de las capacidades de regulación emocional constituye un factor determinante para promover el bienestar personal y profesional del cuerpo docente en ciencias de la salud.

Financiación: No ha habido financiación.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribuciones de los autores: Diseño del estudio: LVY, ALF; recolección de datos: LVY, ALF, PB, PG; tabulación de datos y análisis estadístico: ALF, LVY; escritura del manuscrito: LVY, ALF, EBS; revisión del manuscrito: LVY, ALF, PB, EBS, PG.

6. Referencias.

1. World Health Organization. Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts. Geneva. **2022**, ISBN: 9789240048751. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048751>
2. Debie A, Nigusie A, Gedle D, Khatri RB, Assefa Y. Building a resilient health system for universal health coverage and health security: a systematic review. *Glob Health Res Policy*. **2024**, 9, 2. <https://doi.org/10.1186/s41256-023-00340-z>
3. World Health Organization. Health systems for health security: a framework for developing capacities for international health regulations and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies. Geneva: World Health Organization. **2021**, ISBN: 45, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029682>
4. Lal A, Erondur NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*. **2021**, 397(10268), 61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)
5. Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, Ezzati F, Abbasi M, Farahani SA, et al. Strategies to strengthen the resilience of primary health care in the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. **2024**, 24(841). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11278-4>
6. O’Ryan M. Educación en salud: un camino con avances sustantivos y desafíos permanentes. *Rev Educ Cienc Salud*. **2023**, 20(1), 5. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
7. Rodríguez AV, Torres JY, Arriaga SL. La función pedagógica del médico docente en la formación de los estudiantes de medicina para la atención de emergencias obstétricas. *Rev InveCom*. **2025**, 5(1), e501007. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10892470>
8. Durán-Pérez VD, Gutiérrez-Barreto SE. El aprendizaje activo y el desarrollo de habilidades cognitivas en la formación de los profesionales de la salud. *FEM Rev Fund Educ Med*. **2021**, 24(6), 283. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.246.1153>
9. Lopez-Balboa L, Carballoso-Acosta MR, Urra-Cabrera M, Rodríguez-Banderas Y, Bachiller-Morejón M del C. El desarrollo de habilidades investigativas en la formación de los profesionales de la salud. *Panorama. Cuba y Salud*. **2015**, 10(3), 3. <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/514>
10. Rubio JML, Anzano SM, Sánchez FJC, Rodríguez FG, editors. Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. Psicología de la salud: asesoramiento al personal sanitario. Sevilla. *Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías*. **1998**, ISBN: 84-89673-46-2. <https://hdl.handle.net/11441/72176>
11. Rojas Izquierdo María Miladis, González Escalona Marbel Elvira. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educ Med Super*. **2018**, 32(3), 236. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300020&lng=es
12. Leal-Costa C., Díaz-Agea J.L., Tirado-González S., Rodríguez-Marín J., van-der Hofstadt C.J.. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales Sis San Navarra*. **2015**, 38(2), 213. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000200005>

13. Rojas Chacaltana Sergio Arturo, Etchart-Puza Jimena Angelica, Cardenas-Zedano William Jesús, Herencia-Escalante Victor Hugo. Competencias socioemocionales en la educación superior. *Universidad, Ciencia y Tecnología*. **2023**, 27(119), 72. <https://doi.org/10.47460/uct.v27i119.708>
14. García Cabrero B. Las habilidades socioemocionales, no cognitivas o “blandas”: aproximaciones a su evaluación. *Revista Digital Universitaria (RDU)*. **2018**, 19(6), 1. <http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2018.v19n6.a5>
15. Ríos JNÁ, Martínez OFE. Simulación clínica y la modelización didáctica en ciencias para la salud. *Educ Med*. **2024**, 25(4), 1. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100922>
16. Hidalgo Jurado SA, Jenaro Río C, Moro Gutiérrez L. Inteligencia emocional como factor protector del burnout y sus consecuencias en personal sanitario ecuatoriano. *European J Health Res*. **2023**, 8(1), 1. <https://doi.org/10.32457/ejhr.v8i1.2050>
17. Mestré JM, Guil R, Brackett M. Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey. *Motivación y Emoción*. **2008**, 6(16), 407. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/inteligenciaemocionaldefinicionevaluacionyaplicaciones.pdf
18. Álvarez Vidal ME, Mendoza Yépez YA, Macias Collahuazo EX, Arellano Cepeda OE. Las habilidades blandas y su rol en el rendimiento laboral de los profesionales de la salud. *Rev Cubana Reumatol*. **2023**, 25(4), e1261. <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1261>
19. Calistro Ramos LN. Empatía e inteligencia emocional como factores protectores de salud mental en estudiantes de Ciencias Sociales y Turismo de la Universidad Nacional J.F.S.C 2022 II [tesis]. Huacho (PE): *Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión*; **2024**. <https://doi.org/10.70833/rseisa16item303>
20. Augusto-Landa JM, Berrios-Martos MP, López-Zafra E, Aguilar-Luzón MC. Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*. **2006**, 12(2-3), 479. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2006/anyes2006a37.pdf>
21. Torres Vargas Eldalaine, Fretel Quiroz Nicolás Magno, Coral Cevillano Miguel, Ramírez Chumbe Isabel. Inteligencia emocional y desempeño laboral de los profesionales de la salud de un hosp. *Vive Rev Salud*. **2021**, 4(10), 64. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i10.76>
22. Fernández-Martínez, E., López-Alonso, A. I., Marques-Sánchez, P., Martínez-Fernández, M. C., Sánchez-Valdeón, L., & Liébana-Presa, C. Emotional intelligence, sense of coherence, engagement and coping: A cross-sectional study of university students' health. *Sustainability*. **2019**, 11(24), 6953. <https://doi.org/10.3390/su11246953>
23. Valenzuela-Zambrano B, Álvarez Fabio M, Salgado Neira E. Estudio sobre la inteligencia emocional de profesores/as de la provincia de Concepción, Chile. *Rev Estud Exp Educ*. **2021**, 20(43), 29. <http://dx.doi.org/10.21703/0718-5162.v20.n43.2021.002>
24. Rincón RA, Rodríguez ÁPA. Validez y confiabilidad de la escala rasgo de metaconocimiento emocional (TMMS-24) en profesores universitarios. *Revista Lebrete*. **2019**, 10, 61. <https://doi.org/10.15332/rl.v0i10.2197>
25. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. **1997**, 27(1), 191. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
26. Goldberg DP, Williams P. General Health Questionnaire. Windsor (UK): *NFER-Nelson*. **1988**, ISBN: 0700511822,9780700511822.
27. Barreto-Quiche Jorge Gustavo, Arévalo-Ipanaqué Janet Mercedes. Salud mental en enfermeros de áreas Covid-19: entre la resiliencia y los estresores laborales. *Index Enferm*. **2023**, 32(4), e14505. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20236290>
28. Gámez-Pérez Marina, del Campo-Balsa Mª Teresa, Mahillo-Fernández Ignacio. Valoración de la salud mental en profesionales médicos que ejercieron su actividad durante la crisis sanitaria de Covid-19. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*. **2023**, 32(1), 34. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602023000100004&lng=es

29. Noroña Salcedo Darwin Raúl, Vega Falcón Vladimir. Autopercepción de la salud laboral en docentes del Instituto Superior Tecnológico Sucre. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab.* **2022**, 31(1), 79. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602022000100009&lng=es
30. Roa-Cárdenas FL, González-Puebla FJ. Revisión de investigaciones sobre riesgo psicosocial en docentes universitarios. *Rev Colomb Educ.* **2022**, 86, 193. <https://doi.org/10.17227/rce.num86-12511>
31. Trucco B Marcelo, Valenzuela A Paulina, Trucco H Daniela. Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev méd Chile.* **1999**, 127(12), 1453. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999001200006>
32. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **1992**, 27, 168. <https://doi.org/10.1007/BF00789001>
33. Garmendia ML. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev chil salud pública.* **2007**, 11(2), 57. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/3095>
34. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioeth.* **2000**, 6(2), 321. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
35. Magaña-Salazar MY, Méndez de Robles SJM, Martínez Díaz SM. Estrés laboral y salud mental del personal de primera línea en la atención de la COVID-19. *Alerta Rev Cient Inst Nac Salud.* **2023**, 6(1), 25. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15445>
36. Roshani D, Saboni K, Amjadian M. The anxiety associated with COVID-19, general health, spiritual health, and job satisfaction in healthcare providers: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* **2023**, 11(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01283-3>
37. Ordoñez-Rufat P, Polit-Martínez MV, Martínez-Estalella G, Videla-Ces S. Inteligencia emocional de las enfermeras de cuidados intensivos en un hospital terciario. *Enferm Intensiva.* **2021**, 32(3), 125. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.05.001>
38. Fernández AJM, Gutiérrez-Castañeda C, González FJC, Vílchez DC. Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Aten Primaria.* **2016**, 48(5), 301. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.007>
39. Mata Peón E, García Mañana M, Gracia Corbato MT, Avanzas Fernández S. Inteligencia emocional en el personal de Enfermería. *Metas Enferm.* **2017**, 20(6), 9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6040649>
40. Muñoz Díaz J, Sánchez Urgiles G, Polo Ureña A, Rodríguez Tello D. La inteligencia emocional y el estrés laboral en docentes universitarios. *Polo Conoc.* **2024**, 9(3), 1639. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i3.6734>
41. Botey M, Vaquero-Diego M, Sastre F. Perceived emotional intelligence of university professors based on the nature of the subject taught. *Technological Forecasting and Social Change.* **2020**, 161, 120292. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120292>
42. Fernández SP, Losada MEM, Suárez MCA, Curto MVC, Martín JP. Inteligencia emocional y síndrome de Burnout en docentes de enfermería de Universidad de Vigo 2020. *DELOS: Desarrollo Local Sostenible.* **2021**, 52 (Especial noviembre 2021). <https://doi.org/10.51896/delos/moky1668>
43. Horne, M. J., Allbright, M., D'Nea, A. G., & Patel, A. (2024). Emotional Intelligence in Medicine: An Investigation of the Significance for Physicians, Residents, and Medical Students—A Systematic Review. *Journal of Surgical Education.* **2024**, 81(12), 103307. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2024.103307>
44. Zúñiga D, Echeverría G, Nitsche P, Pedrals N, Rigotti A, Sirhan M, et al. Cuidando al profesorado: resultados de un programa a distancia de autocuidado para educadores de profesiones de la salud. *Educ Med.* **2024**, 25, 100871. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100871>
45. Velásquez Cedeño, M. C., Reyes Reyes, E. Y., Bravo Guerrero, R. I., & Mera Chancay, M. T. La inteligencia emocional: Habilidad blanda indispensable para el personal de salud. Revisión

- sistemática. Salud & Amp; Ciencias Medicas. **2024**, 3(5), 94. <https://doi.org/10.56124/saludcm.v3i5.011>
46. Zhang, Q. Chinese college teachers' emotional intelligence and mental health: a chain mediation model involving student relationship quality. *Frontiers in Psychology*. **2025**, 16, 1572070. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1572070>
 47. Mansilla Sepúlveda Juan, Ricouz Moya Alejandra. Vivencia Del Rol Docente Clínico de Enfermeras de hospitales del Sur De Chile. *Cienc. enferm.* **2016**, 22(1), 101. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100009>
 48. Illesca Pretty Mónica, Cabezas González Mirtha, Nuin Orrio Carmen, Jürschik Jiménez Pilar. Competencias del docente clínico enfermera/o, Universidades LLeida (España) y La Frontera(Chile): Percepción del Estudiante. *Cienc. enferm.* **2010**, 16(2), 99. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200010>
 49. Ilaja B, Reyes C. Burnout y estrategias de inteligencia emocional en profesores universitarios: implicaciones en la salud laboral educativa. *Psicología desde el Caribe*. **2016**, 33(1), 31. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.1.8081>



© 2025 Universidad de Murcia. Enviado para publicación de acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 España (CC BY-NC-ND). (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

