



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

La inteligencia emocional del personal de salud como determinante de los comportamientos de cuidado del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Básico Huaquillas

AUTOR:

GONZALO LEONARDO SERRANO ESPINOZA

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

ECON. GLENDA GUTIÉRREZ CANDELA, MGS.

**Guayaquil, Ecuador
2021**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Psic. Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. Glenda Mariana Gutierrez Candela, Mgs.

REVISORA

Econ. Priscilla Carrasco Corral, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 11 días del mes de mayo del año 2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **La inteligencia emocional del personal de salud como determinante de los comportamientos de cuidado del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Básico Huaquillas**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del grado académico en mención.

Guayaquil, a los 11 días del mes de mayo del año 2021

EL AUTOR:

Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **La inteligencia emocional del personal de salud como determinante de los comportamientos de cuidado del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Básico Huaquillas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de mayo del año 2021

EL AUTOR:

Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

INFORME DE URKUND

The screenshot displays the URKUND interface. On the left, a document summary is shown for 'Leonardo Serrano TESIS PARA URKUND FINAL- ndf (D103899720)', presented on 2021-05-05 10:50. The message indicates that 1% of the 40 pages are composed of text from 1 source. On the right, a 'Lista de fuentes' (List of sources) panel shows a single source: 'https://revistas.itsuro.edu.ec/index.php/sinaosis/issue/view/20'. The main window shows a document preview with the following text:

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD TEMA:

La inteligencia emocional del personal de salud como determinante de los comportamientos de cuidado del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Básico Huaquillas AUTOR: GONZALO LEONARDO SERRANO ESPINOZA

Previo a la obtención del Grado Académico de: MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD TUTOR: ECON: GLENDA GUTIÉRREZ CANDELA, MGS. Guayaquil, Ecuador 2020

II AGRADECIMIENTO Primeramente agradezco a Dios por permitirme seguir aquí y cumplir una de mis metas, a mi madre, a mi esposa y la familia de mi madre, por creer en mí e impulsarme siempre a lograr lo que me propongo, y sobre todo por apoyarme en el transcurrir de mi camino académico.

III DEDICATORIA Dedicó de manera especial a mi hijo Leonardo Alessandro, que se ha convertido en mi motivación principal para seguir adelante y cumplir todas mis metas con éxito.

IV INDICE GENERAL RESUMEN VII
INTRODUCCIÓN 1 Antecedentes
..... 3 Problema de Investigación
..... 4 Formulación del Problema
..... 5 Justificación
..... 5 Preguntas de Investigación
..... 7 1 - ¿Qué es la inteligencia emocional y cómo se relaciona con la inteligencia?

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a Dios por permitirme seguir aquí y cumplir una de mis metas, a mi madre, a mi esposa y la familia de mi madre; por creer en mi e impulsarme siempre a lograr lo que me propongo, y sobre todo por apoyarme en el transcurrir de mi camino académico.

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi hijo Leonardo Alessandro, que se ha convertido en mi motivación principal para seguir adelante y cumplir todas mis metas con éxito.

INDICE GENERAL

RESUMEN	XI
INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes	3
Problema de Investigación	4
Formulación del Problema	5
Justificación	5
Preguntas de investigación	7
1. ¿Qué teorías y conceptos existen sobre la inteligencia emocional y su vínculo con los niveles de cuidado de enfermería?.....	7
2. ¿Qué tipo de estudios se han realizado respecto a la inteligencia emocional y sus resultados sobre la atención sanitaria y calidad de cuidado en personal de enfermería?.....	7
3. ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional y el nivel de cuidado al paciente del personal de enfermería del Hospital Básico Huaquillas?.....	7
4. ¿Qué mecanismos o estrategias se pueden plantear para incrementar los niveles de inteligencia emocional y por ende el cuidado del personal de enfermería en el Hospital Básico Huaquillas?	7
Hipótesis de investigación.....	7
Objetivos de la investigación.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos	8
Capítulo I	9
Marco Teórico – Conceptual	9
Teorías y definición de inteligencia emocional (IE).....	9
Dimensiones o componentes de la inteligencia emocional.....	9
Factores asociados a la inteligencia emocional	11
Inteligencia emocional en los profesionales de la salud.....	11

Teorías y definición de comportamientos de cuidado	12
Definición de comportamientos de cuidado	13
Modelos teóricos de comportamientos de cuidado	14
Factores relacionados al comportamiento de cuidado	17
Marco conceptual	20
Atención sanitaria	20
Planificación de salud.....	20
Resultados del paciente	20
Inteligencia emocional	20
Comportamiento de cuidado y cuidado de enfermería	21
Capítulo II	22
Marco Referencial	22
Estudios internacionales	22
Estudios nacionales	27
Caracterización del cantón Huaquillas	29
Eje salud en el cantón Huaquillas	31
Hospital Básico Huaquillas	31
Misión	32
Visión	32
Valores	33
Capítulo III	34
Metodología y Análisis de Resultados.....	34
Enfoque y tipo de investigación.....	34
Diseño de la investigación.....	34
Población y muestra de estudio.....	35
Procedimiento.....	35
Instrumento de recolección de datos	36
Técnicas de análisis de datos aplicadas	37
Análisis de Resultados.....	39
Inteligencia emocional (IE)	41
Comportamiento de cuidado	46

Niveles totales de Inteligencia Emocional y Comportamiento de Cuidado	49
Relación entre Inteligencia Emocional y Comportamiento de Cuidado.....	50
Resumen del capítulo.....	54
Capítulo IV	56
Planteamiento de actividades para Inteligencia Emocional	56
Actividad 1. Construcción de la Conciencia Emocional	56
Actividad 2. Decodificar emociones analizando el habla, el cuerpo y la cara	59
Actividad 3. Identificando falsas creencias sobre las emociones.....	69
Recursos y logística para la realización del taller.....	74
Conclusiones.....	79
Recomendaciones	81
Referencias.....	82
Apéndices	86
Apéndice A. Encuesta online aplicada	86
Apéndice B. Lista de emociones	95

RESUMEN

En este trabajo de investigación se analiza el efecto de un factor como la inteligencia emocional en el nivel de cuidado del personal de enfermería del Hospital Básico Huaquillas, para la elaboración de estrategias que optimicen el cuidado de pacientes de parte de los funcionarios encargados. Se optó por una metodología cuantitativa, por tener características más objetivas y secuenciales, que permiten medir las variables de estudio de manera clara y observable, se establecen variables como la inteligencia emocional, comportamientos de cuidado, atención sanitaria, planificación de salud, y resultados del paciente. La población a estudiar constituye los niveles de inteligencia emocional y comportamiento de cuidado de los profesionales enfermería del Hospital Básico Huaquillas. Los resultados indican que las mujeres reportan niveles más bajos de inteligencia emocional, sobretodo en la dimensión atención a las emociones. Además se corrobora la hipótesis de estudio referente a la relación entre IE y comportamiento de cuidado. Para ello, se separaron dos grupos de profesionales sanitarios: uno con profesionales con alta IE, y otro con profesionales bajos en IE. Se observó que en el grupo de profesionales con baja IE los niveles de comportamiento de cuidado fueron más bajos en todas las dimensiones.

Palabras claves: Inteligencia emocional, comportamiento de cuidado, resultados del paciente, niveles de comportamiento, personal de enfermería.

ABSTRACT

This research work analyzes the effect of a factor such as emotional intelligence on the level of care of the nursing staff of the Huaquillas Basic Hospital, for the development of strategies that optimize patient care on the part of the officials in charge. A quantitative methodology was chosen, as it has more objective and sequential characteristics, which allow the study variables to be measured in a clear and observable way, variables such as emotional intelligence, care behaviors, health care, health planning, and results of the study are established patient. The study population is the levels of emotion intelligence ornal and care behavior of the nursing professionals of the Huaquillas Basic Hospital. The results indicate that women report lower levels of emotional intelligence, especially in the dimension of attention to emotions. In addition, the study hypothesis regarding the relationship between EI and caring behavior is corroborated. For this, two groups of health professionals were separated: one with professionals with high EI, and another with low EI professionals. It was observed that in the group of professionals with low EI the levels of caring behavior were lower in all dimensions.

Keywords: Emotional intelligence, caring behavior, patient outcomes, behavior levels, nursing staff.

INTRODUCCIÓN

Un sistema basado en la inteligencia emocional permite un mejor aprendizaje del entorno en el que un individuo se desempeña. En el contexto laboral, las habilidades emocionales pueden beneficiar al personal, a la unidad médica para las que trabajan y a los pacientes atienden.

Las unidades médicas son organizaciones complejas, con profesionales con distintos roles y actividades, pero con un mismo fin, atender y cuidar la salud de la población. Así, existe una clara diferenciación del rol que tiene cada profesional sanitario. En particular, el presente estudio se centra en los profesionales de primera línea, el personal de enfermería.

Las enfermeras están en la primera línea de administrar y evaluar el tratamiento del paciente, por lo tanto, pasan más tiempo en contacto con la persona atendida. Las enfermeras moderan el progreso del paciente de manera integral, saben qué síntomas pueden ser una señal de alerta y pueden evaluar la efectividad del tratamiento. Con ello, son el nexo entre paciente y médico, por ende, tienen un rol clave en los resultados de salud del paciente.

El presente estudio se dirige a estudiar este grupo de profesionales al reconocer la variedad de actividades que realiza y de las cuales la mayoría requiere sentir, comprender y actuar frente al estado, emocional y físico del paciente. El objetivo de la investigación es analizar la inteligencia emocional del personal de enfermería en el comportamiento de cuidado en el Hospital Básico Huaquillas.

El Hospital Básico Huaquillas es una unidad sanitaria de segundo nivel de atención perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP) ubicado en la provincial de El Oro. En esta unidad son pocos los estudios relacionados a comportamientos y competencias organizacionales. Por ello, se consideró pertinente y factible evaluar las variables de estudio en esta unidad.

Para el desarrollo del presente estudio se requiere seguir las fases de investigación científica, las cuales se verán reflejadas en los capítulos siguientes:

En el primer capítulo se revisan los fundamentos teóricos y definiciones de las variables de inteligencia emocional y la calidad de cuidado. Se describen modelos donde se podrán observar los componentes de la inteligencia emocional y cómo se vincula con la calidad de cuidado.

El segundo capítulo corresponde al marco referencial donde se resumen estudios desarrollados con las variables de inteligencia emocional y calidad de cuidado en el personal de enfermería, a nivel internacional y nacional. Por otro lado, se presenta una breve caracterización del cantón Huaquillas y del Hospital Básico Huaquillas.

En el capítulo tercero se presenta la metodología la cual es de tipo cuantitativo y se desarrollan los resultados donde se evalúan los niveles de inteligencia emocional del personal de enfermería y su nivel de calidad de cuidado al paciente.

Finalmente, en el capítulo cuarto se presenta la propuesta en base a los resultados obtenidos, la cual propone una serie de mecanismo para mejorar las capacidades interpersonales y emocionales del personal de enfermería en el Hospital Básico Huaquillas.

ANTECEDENTES

El término inteligencia emocional (IE) fue acuñado por Peter Salovey y John D. Mayer en 1990 describiéndolo como una forma de inteligencia social que implica la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios y ajenos, discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción propia. Sin embargo, Dhani y Sharma (2016) mencionaron que personajes aún más antiguos habían resaltado la importancia del lado humano emocional, las raíces de la IE se pueden encontrar en el Bhagavad-Gita, hace 5000 años, donde la *Sthithapragnya de Krishna* (persona emocionalmente estable) está muy cerca de la persona emocionalmente inteligente de Mayer y Salovey y también el trabajo de Platón, hace 2000 años donde dijo *todo el aprendizaje tiene una base emocional*.

Salovey y Mayer (1990) iniciaron un programa de investigación destinado a desarrollar medidas válidas de inteligencia emocional y explorar su importancia. Por ejemplo, encontraron en un estudio que cuando un grupo de personas vio una película perturbadora, aquellos que obtuvieron un puntaje alto en claridad emocional (que es la capacidad de identificar y dar un nombre a un estado de ánimo que se está experimentando) se recuperaron más rápidamente. En otro estudio, las personas que obtuvieron puntajes más altos en la capacidad de percibir con precisión, comprender y evaluar las emociones de los demás pudieron responder con mayor flexibilidad a los cambios en sus entornos sociales y crear redes sociales de apoyo.

En la década de 1990, Daniel Goleman se dio cuenta del trabajo de Salovey y Mayer, y esto finalmente condujo a su libro, *Inteligencia emocional*. Goleman fue escritor científico para el New York Times, especializado en investigación del cerebro y el comportamiento. Se formó como psicólogo en Harvard, donde trabajó con David McClelland, entre otros. McClelland estaba entre un grupo creciente de investigadores que se preocupaban por las

pocas pruebas tradicionales de inteligencia cognitiva que trataban sobre lo que se necesita para tener éxito en la vida.

Goleman (1990) argumentó que no era la inteligencia cognitiva lo que garantizaba el éxito sino la inteligencia emocional y describió a las personas emocionalmente inteligentes como aquellas con cuatro características: (a) eran buenos para comprender sus propias emociones (autoconciencia); (b) eran buenos manejando sus emociones (autogestión); (c) eran empáticos con los impulsos emocionales de otras personas (conciencia social); (d) eran buenos para manejar las emociones de otras personas (habilidades sociales).

Problema de Investigación

Las unidades de salud tienen una estructura organizacional más compleja frente a otro tipo de organizaciones. Tigue (2015) explicó que son más frecuentes los conflictos en las interacciones íntimas en los centros de salud, las cuales son accidentales, ocasionales y únicos, pero también pueden ser sistémicos, repetitivos y similares. Esto se debe a la naturaleza de su trabajo, pues los proveedores de atención médica enfrentan relaciones entre pacientes y su familia, las cuales son relaciones emocionales sensibles y altamente complejas. De acuerdo a la misma autora, Tigue (2015), se ha encontrado que en los últimos años ha habido críticas dentro del servicio de salud con respecto a la falta de atención y compasión, lo que ha resultado en resultados adversos para los pacientes. En consecuencia, recientemente se ha destacado el impacto de la inteligencia emocional en el personal sobre los resultados de la atención médica del paciente y en otros países en los profesionales de salud ahora se evalúa la inteligencia emocional como parte de su proceso de selección para el personal de atención médica. Sin embargo, en países en vía de desarrollo, este tema no es tan relevante y se ha ignorado como una cualidad importante en el perfil del profesional de enfermería.

La ausencia de inteligencia emocional o un bajo nivel de inteligencia emocional puede ser un factor explicativo en casos de abuso o negligencia en entornos sanitarios (Tigue,

2015). Por lo tanto, la capacidad de las organizaciones para identificar a los cuidadores con alta inteligencia emocional puede ayudar en el reclutamiento de personas que tienen menos probabilidades de participar en la prestación de atención deficiente o abusiva.

Como se sabe el personal de enfermería son el personal con el mayor contacto con el paciente, y los permanentes cuidadores de los pacientes. Sin embargo, continuamente, se experimenta situaciones en las que los pacientes recibieron una atención técnica excelente, pero, cuando no se cumplió el lado emocional de su atención, creyeron que su atención era inadecuada (Rego, Godinho, McQueen & Cunha, 2010). Dicha situación es lo que se ha reflejado en el Hospital Básico Huaquillas, esta unidad en 2015 recibió una “acreditación internacional calidad y seguridad por parte de Accreditation Canadá International (ACI) con una calificación del 93%” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015, parr. 1), dicha acreditación evidenció su competencia técnica, pero en la unidad no se ha evaluado aspectos como el clima organizacional, la satisfacción laboral, entre otros constructos esenciales para corroborar el bienestar y desempeño de su personal. Entre ellos, se eligió la inteligencia emocional, al ser una variable que permite que se concentre en la parte humana y emocional del personal que labora en la unidad, tiene un impacto sobre el paciente y ha sido estudiada menos frecuentemente frente a otras variables.

Formulación del Problema

¿Cómo la inteligencia emocional determina la calidad de cuidado del paciente en el personal de enfermería en el Hospital Básico Huaquillas?

JUSTIFICACIÓN

La importancia del cuidado en la profesión de enfermería ha sido reconocida desde hace mucho tiempo; las notas sobre hospitales (Nightingale, 1863) destacaron la necesidad de condiciones sanitarias, calor, aire limpio, luz en las habitaciones y una dieta nutritiva para todos los pacientes. Sin embargo, en los últimos 20 años, ha habido un mayor énfasis en la

necesidad de compasión y empatía en los profesionales de la salud, en lugar de simplemente atender las necesidades físicas del paciente.

En la actualidad, se enfatiza una visión holística de la atención, destacando la necesidad de que los profesionales de la salud brinden atención fisiológica, psicológica y emocional a sus pacientes (Zamanzadeh, Jasemi, Valizadeh, Keogh & Taleghani, 2015), un cambio de atender al paciente a cuidar al paciente.

Por otro lado, la inteligencia emocional en las enfermeras les permite desarrollar relaciones con colegas y pacientes y lograr los resultados deseados de atención y manejo del paciente a través de la coordinación de estas relaciones. Por ello, este estudio es importante puesto que el abordaje de estas variables, permite entender mejor la dinámica que se da entre los servidores del servicio de salud y sus usuarios.

Con la investigación se pretende dar un aporte a la unidad hospitalaria estudiada en Huaquillas para que tenga información y herramientas para que sus mecanismos de mejora perduren y continúen. Además, es importante mencionar que cualquier institución de salud enfrenta siempre una mayor demanda de calidad de parte de sus pacientes y los profesionales sanitarios deben estar preparados, no solo técnicamente sino también emocionalmente, con bienestar total, para atender y comprometerse con su trabajo. Así, cuando se obtenga los resultados de esta investigación se podrá detectar estas debilidades emocionales y proponer planes para mejorar la capacidad de afrontamiento en el personal de enfermería, el cual está expuesto a factores de riesgo como el estrés.

El beneficiario también será el paciente, el cual, contará con un personal capacitado para enfrentar las demandas emocionales de su labor, percibirá el cuidado más compasivo centrado de un enfermero/a que reflejará el interés por lograr su mejoría y le proveerá con la atención y el apoyo durante todo el proceso de tratamiento hasta su mejora.

El presente estudio también tiene un aporte académico, pues en esta unidad no se ha realizado antes un estudio de inteligencia emocional y su asociación con la calidad del cuidado al paciente. En consecuencia, este estudio es novedoso e inédito y sentará bases para futuros estudios en la línea de investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud correspondiente a Calidad de Atención de Salud.

Preguntas de investigación

1. ¿Qué teorías y conceptos existen sobre la inteligencia emocional y su vínculo con los niveles de cuidado de enfermería?
2. ¿Qué tipo de estudios se han realizado respecto a la inteligencia emocional y sus resultados sobre la atención sanitaria y calidad de cuidado en personal de enfermería?
3. ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional y el nivel de cuidado al paciente del personal de enfermería del Hospital Básico Huaquillas?
4. ¿Qué mecanismos o estrategias se pueden plantear para incrementar los niveles de inteligencia emocional y por ende el cuidado del personal de enfermería en el Hospital Básico Huaquillas?

Hipótesis de investigación

La presente investigación plantea las siguientes hipótesis fundamentadas en la revisión de teoría previa que será expuesta en el capítulo primero del trabajo:

La inteligencia emocional es un determinante significativo del comportamiento de cuidado del paciente en el personal de enfermería en el Hospital Básico Huaquillas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar el efecto de la inteligencia emocional en el nivel de cuidado del personal de enfermería del Hospital Básico Huaquillas, como base para la elaboración de la propuesta de estrategias de capacitación de este grupo de profesionales.

Objetivos específicos

1. Realizar una revisión teórica y conceptual de las variables inteligencia emocional y cuidado de enfermería.
2. Seleccionar la metodología apropiada para determinar los niveles de inteligencia emocional del personal de enfermería y calidad de cuidado del paciente
3. Medir mediante el uso de un cuestionario los niveles de inteligencia emocional y calidad de cuidado en el personal de enfermería del Hospital Básico Huaquillas.
4. Proponer estrategias de intervención para fortalecer las habilidades emocionales del personal de enfermería en el Hospital Básico Huaquillas.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

El capítulo primero presenta las teorías y conceptos relacionados a las variables de estudio: inteligencia emocional y calidad de cuidado al paciente. Este acápite permite identificar los componentes y enfoques que han surgido para comprender el concepto de inteligencia emocional. Así mismo, se explica los factores asociados a la inteligencia emocional y su vínculo con el cuidado del paciente. Finalmente, esta sección permite comprender cómo se puede medir las dimensiones de cada una de las variables investigadas.

Teorías y definición de inteligencia emocional (IE)

Salovey y Mayer (1990) definieron la IE como la capacidad de monitorear los sentimientos propios y ajenos, discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción. Mientras, Martínez-Pons (1997) la definió como un conjunto de habilidades, capacidades y competencias no cognitivas que influyen en la capacidad de una persona para hacer frente a las demandas y presiones ambientales. Finalmente, Goleman (1990) estableció la IE como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, motivarnos y manejar bien las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones.

Dimensiones o componentes de la inteligencia emocional

De acuerdo a Cascio, Magnano, Parenti y Plaia (2017) las perspectivas teóricas y los estudios empíricos sobre qué habilidades comprenden la IE difieren un poco. De manera concreta, para Petrides y Furnham (2003) la IE consta de dos conceptos distintos:

- a) como una capacidad cognitiva relacionada con las emociones,
- b) como disposiciones conductuales y autopercepciones de la capacidad de reconocer y comprender emociones.

Por otro lado, para Salovey y Mayer (1990) conceptualizaron que la IE tiene cuatro dimensiones distintas:

- a) valoración y expresión de la emoción en el ser;
- b) valoración y reconocimiento de la emoción en los demás;
- c) regulación de la emoción en el ser;
- d) uso de la emoción para facilitar el desempeño.

Por otro lado, Goleman (1998) consideró cinco dimensiones: autoconciencia; autorregulación; automotivación; empatía; y habilidades sociales. Bar-On (1997 citado por Cascio et al., 2017) manifestó que la IE incluía cinco áreas amplias de habilidad: habilidades intrapersonales, habilidades interpersonales, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo motivacional y general.

Otro estudio de Rego, Sousa, Cunha, Correia y Saur (2007) consideraron seis dimensiones:

- a) comprensión de las propias emociones;
- b) autocontrol contra la crítica;
- c) autoestima;
- d) autocontrol emocional;
- e) empatía y contagio emocional;
- f) comprensión de las emociones de otras personas

A pesar de dicha diversidad, Cascio et al. (2017) explicaron que la mayoría de los modelos tienden a compartir cuatro dominios, estas son: autoconciencia, autogestión, conciencia social y gestión social o de relaciones.

Para la presente investigación, se tomará como propuesta central el enfoque de Salovey y Mayer (1990) al ser uno de los más antiguos y por tanto la base de futuros enfoques.

Factores asociados a la inteligencia emocional

Para Cascio et al. (2017) entre los factores que se encuentran asociados a la IE, la literatura sugiere que la IE predice el estrés laboral y el bienestar, efectividad del liderazgo, desempeño laboral, satisfacción del cliente, aprendizaje organizacional, el ajuste cultural para el éxito en las tareas globales y las actitudes hacia el cambio organizacional.

Así mismo, Nightingale et al. (2018) señalaron que una IE más alta se ha relacionado con varios factores, incluido un mayor ajuste psicológico, autocompasión, empatía, resiliencia, apoyo social, satisfacción laboral y cuidado. Mientras que una IE más baja está relacionada con un mayor agotamiento y el estrés (Montes-Berges & Augusto, 2007). Muchos de estos factores, como la empatía, el apoyo social, la capacidad de recuperación y la protección contra el agotamiento, pueden estar directa o indirectamente vinculados al cuidado, ya que hacen que sea más probable que uno pueda seguir mostrando un comportamiento de cuidado, incluso en circunstancias muy emotivas.

Inteligencia emocional en los profesionales de la salud

La inteligencia emocional (IE) es una de esas características personales, y cada vez más se la reconoce como un papel potencial en medicina, enfermería y otras profesiones de atención médica. Se sugiere que la IE es importante para una práctica efectiva, particularmente con respecto a la prestación de atención centrada en el paciente (Birks & Watts, 2007).

Cascio et al. (2017) expresó que varios autores también han sugerido que la IE es crucial para construir, nutrir y mantener el trabajo emocionalmente exigente que las enfermeras deben realizar en sus interacciones con los pacientes. Por tanto, se espera que las enfermeras posean no solo competencia profesional, sino también la sensibilidad necesaria para satisfacer la vulnerabilidad y la ansiedad de los pacientes, siendo la IE una fuente importante de dicha sensibilidad.

Freshwater y Stickley (2004) señalaron que la enfermera emocionalmente inteligente es consciente de su propia necesidad de amor, la necesidad de amar a sus pacientes y las propias necesidades del paciente para lograr el amor. También enfatizaron que cada intervención de enfermería se ve afectada por la aptitud maestra de la inteligencia emocional y que no es suficiente atender simplemente el procedimiento práctico sin considerar al receptor humano del proceso.

Nightingale et al. (2018), explicaron que la importancia de la IE en los entornos de atención de salud, por lo tanto, parece evidente; Si los profesionales de la salud con mayor IE son más compasivos, empáticos, resistentes, atentos y capaces de manejar las emociones en los demás, es más probable que puedan cuidarse a sí mismos y, a su vez, a sus pacientes. De hecho, los estudios indican que los trabajadores de la salud quieren responder emocionalmente a sus pacientes. Las organizaciones de salud cambian constantemente y la rotación de enfermería a nivel mundial es alta (Liu et al., 2017). Los líderes que brindan inspiración y mantienen la motivación, al tiempo que alientan la creatividad y la propiedad compartida, dentro de sus fuerzas laborales son importantes para la retención del personal y las prácticas cambiantes. La IE se ha relacionado con modelos relacionales de liderazgo, como el liderazgo transformacional, que a su vez está relacionado con mejores resultados para los pacientes (Spano-Szekely et al., 2016).

Teorías y definición de comportamientos de cuidado

El cuidado representa una necesidad humana esencial y un componente fundamental de la profesión de enfermería (Karaöz, 2005). Dado que la definición de cuidado es difícil, debido a su naturaleza compleja, algunos investigadores de enfermería han tratado de definir comportamientos de cuidado en lugar de cuidado; los comportamientos de cuidado son acciones relacionadas con el bienestar de un paciente, como la sensibilidad, la comodidad, la escucha atenta, la honestidad y la aceptación sin prejuicios (Salimi & Azimpour, 2013).

Definición de comportamientos de cuidado

El cuidado de la enfermera es un proceso interactivo e interpersonal que ocurre en momentos de cuidado entre la enfermera y el paciente (Esmail & Azodi, 2014). Este proceso involucra a enfermeras y pacientes, y se puede medir a través de un estudio (Beck, 1999). Básicamente, no puede haber cura sin cuidado, mientras que hay cuidado sin cura.

De acuerdo a Nightingale et al. (2018) hay muchas definiciones de comportamiento de cuidado, con un ejemplo del diccionario médico de Mosby donde se definen como acciones características de preocupación por el bienestar de un paciente, como sensibilidad, consuelo, escucha atenta, honestidad y aceptación sin prejuicios. Morison et al. (1991) citados por Beck (1999) establecieron que se han identificado cinco conceptualizaciones de cuidado en la literatura: el cuidado como una característica humana, cuidado como una moral imperativa, cuidado como afecto, cuidado como interacción personal, y cuidado como intervención terapéutica. Greenhalgh, Vanhanen y Kyngäs (1998) citaron una serie de definiciones dadas por Larson (1984, 1986, 1987) como: (a) el cuidado se define como las acciones intencionales que transmiten cuidado físico y preocupación emocional y promueven una sensación de seguridad en el otro; (b) actos, conductas y maneras ejecutadas por los profesionales de enfermería que reflejan preocupación, seguridad y atención al paciente.

Así mismo, Esmail y Azodi (2014) manifestaron cuidar es un concepto complejo y altamente subjetivo; a pesar de muchas definiciones, no hay consenso entre los académicos sobre la definición y esto se debe a que el cuidado es la estructura fundamental de muchas teorías de enfermería. De acuerdo a los mismos autores, el cuidado humano es visto como el origen y la esencia de la enfermería pues la tarea más importante de la enfermería es cuidar y las enfermeras usan continuamente la palabra, cuidar; sin embargo, el cuidado, sus componentes y procesos de cuidado todavía están mal definidos. Satisfacer las necesidades individuales del paciente es el centro de cuidados de enfermería y el objetivo final de la

enfermera es el cuidado de calidad del paciente. En otras palabras, una atención de alta calidad es un derecho de todos los pacientes y una responsabilidad de todas las enfermeras encargadas del cuidado.

Modelos teóricos de comportamientos de cuidado

Figueredo-Borda, Ramírez-Pereira, Nurczyk y Diaz-Videla (2019) dentro de varias teorías de enfermería, explicaron cinco enfoques que se relacionan estrechamente con el cuidado: la teoría de Orem, teoría cognitiva social de Albert Bandura, teoría humanista de enfermería, modelo de Davies y Oberle, y modelo de adaptación de Callista Roy. La Tabla 1 presenta una explicación de cómo cada una de estas teorías aportan a los cuidados de enfermería.

Tabla 1 *Teorías de Enfermería y su Aporte al Concepto de Cuidado*

Teoría	Aporte al concepto de cuidado
Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem	Situaciones en las que el autocuidado no es suficiente, cuando hay una enfermedad que limita la vida y las personas no pueden realizar acciones de autocuidado para mantener la salud y el bienestar, se desarrolla un déficit permanente de autocuidado. La enfermera ayuda a estos pacientes a satisfacer sus demandas de autocuidado.
Teoría Cognitiva Social de Albert Bandura	El desarrollo de conocimientos y habilidades para el cuidado de personas con enfermedades que limitan la vida implica un esfuerzo sostenido ante las dificultades que surgen. La enfermera es capaz de identificar la autopercepción de las competencias específicas para llevar a cabo una gestión de la atención de calidad para pacientes con enfermedades potencialmente mortales y su familia.

<p>Teorías Humaística</p>	<p>La relación enfermera-paciente se caracteriza por interacciones destinadas a promover el bienestar y el crecimiento existencial en el contexto del mundo vivido. La enfermera cuida al paciente en la etapa terminal de su enfermedad, a través de escuchar, estar con el paciente y otras actividades de enfermería. La enfermera gestiona la atención teniendo en cuenta la singularidad y la libertad del paciente.</p>
<p>Modelo de Davies y Oberle</p>	<p>La evaluación de enfermería del paciente en la etapa avanzada de la enfermedad se centra en los aspectos humanos. Se establece una conexión profunda entre los profesionales de la salud y el paciente. Busca el empoderamiento del paciente orientado hacia la independencia en el hacer. La enfermera guía a la persona enferma para preservar su integridad y encontrar significado en lo que queda de la vida y en su preparación para la muerte.</p>
<p>Modelo de adaptación de Callista Roy</p>	<p>La implementación de los procesos de afrontamiento implica el desarrollo de la adaptación de las personas a su situación de salud y un intercambio continuo con el medio ambiente. Las enfermeras pueden operar con los estímulos del medio ambiente administrando la atención de los pacientes en la etapa avanzada de la enfermedad, guiando la adaptación de la persona a la nueva situación.</p>

Adaptado de “Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos.” Por Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V., 2019, Enfermería: Cuidados Humanizados, 8(2), p.52.

Una teoría que permite vincular a las variables de estudio: comportamientos de cuidado e inteligencia emocional, es el modelo de sistema de Neuman (1995, citado por Kaur,

Sambasivan & Kumar, 2013). El modelo del sistema describe el bienestar del cliente o el sistema del cliente en relación con el estrés ambiental y la reacción al estrés (Neuman 1995). En otras palabras, el modelo de sistema de Neuman proporciona una explicación completa de la adaptación de un individuo a los estresores ambientales. Según los autores la adaptación a estresores que enfrentan las enfermeras se pueden dar gracias a la inteligencia emocional. Así, se ha enfatizado la combinación de espíritu, mente y cuerpo en la adaptación al ambiente para retener, alcanzar y mantener el bienestar y se ha identificado cinco variables que afectan el desempeño de las enfermeras: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales (Kaur et al., 2013). En particular, esta tesis se enfoca en sola una parte de ellas, la cual es la psicológica, reflejada en la inteligencia emocional. La Figura 1 presenta la relación entre los factores que inciden en el comportamiento de cuidado derivados de la teoría de Neuman (1985), donde se señala con amarillo nuestra variable de estudio.

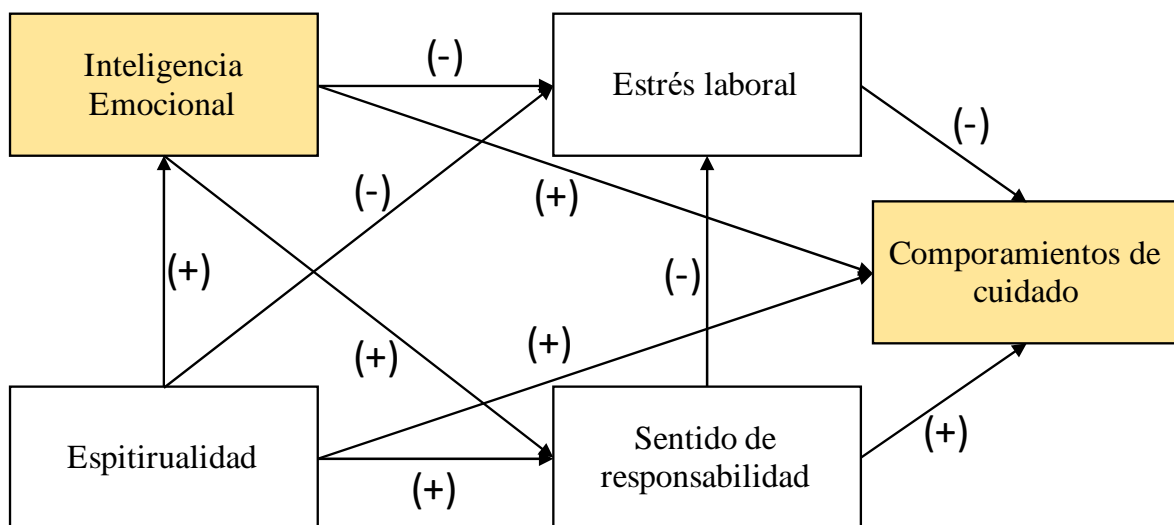


Figura 1 Un marco teórico con relaciones hipotéticas para estudiar el comportamiento de cuidado de las enfermeras: inteligencia espiritual; inteligencia emocional; sentido de responsabilidad; agotamiento o estrés laboral.

Adaptado de “Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: A cross-sectional study” por Kaur, D.,

Sambasivan, M., & Kumar, N., 2013, *Journal of clinical nursing*, 22, p. 3194.

Factores relacionados al comportamiento de cuidado

Los comportamientos de cuidado pueden verse afectados por las percepciones de enfermeras y pacientes. Estos participantes también pueden verse influenciados por los contextos culturales, el diagnóstico del paciente, el tipo de institución y la edad de la enfermera y el paciente (Salimi & Azimpour, 2013).

Nightingale et al. (2018) señaló que un mayor énfasis en el cumplimiento de los objetivos, y una administración excesiva, significa que los profesionales de la salud pueden sentir que ya no tienen tiempo para cuidar a sus pacientes; y entre los beneficios en el comportamiento de cuidado se incluyen una menor rotación de personal, un mejor bienestar del personal, una reducción del estrés laboral, una mayor satisfacción laboral y, en última instancia, una mejor atención a los pacientes. Entre otros factores Salimi y Aimpour (2013) enfatizó la influencia de las experiencias de las enfermeras, el respeto propio, las creencias y las circunstancias del lugar de trabajo en sus comportamientos de cuidado. También, los comportamientos de cuidado pueden estar influenciados por los métodos utilizados para asignar enfermeras a diferentes pacientes y la falta de tiempo y apoyo.

Así mismo, otros estudios informaron que las características personales de las enfermeras, como la conciencia, las creencias religiosas, la filosofía personal, el sentido de responsabilidad y el altruismo podrían afectar los comportamientos de cuidado de las enfermeras (Salimi & Azimpour, 2013). Oskouie, Rafii y Nikraves (2006) establecieron que la escasez de personal, la falta de apoyo organizativo, la gran carga de trabajo, los bajos pagos, la presión de sentir, la falta de motivación, las características de los pacientes y la edad de los pacientes se encuentran entre los factores que pueden influir en los comportamientos de cuidado de las enfermeras.

Esmail y Azodi (2014) mostraron una correlación positiva entre las percepciones de los pacientes sobre los comportamientos de cuidado de las enfermeras y la satisfacción del paciente. En general, se encontraron diversos factores relacionados al comportamiento de cuidados, para resumirlos, la Tabla 2, presentan los identificados por Salimi y Azimpour (2013) en su estudio, el cual se consideró como uno de los más completos.

Tabla 2 *Factores Relacionados a la Variable Comportamientos de Cuidado*

1	Características personales de la enfermera/o
2	Edad de la enfermera/o
3	Género de la enfermera/o
4	Creencia en la necesidad de brindar atención de calidad
5	Sentido de responsabilidad
6	Experiencia de trabajo
7	Problemas individuales de la enfermera (problemas financieros, físico o psicosocial)
8	Nivel de estrés y ansiedad de la enfermera/o
9	Antecedentes familiares y contexto cultural en el que la enfermera ha sido tratada.
10	Opiniones de la enfermera sobre los derechos de los pacientes.
11	Creencias religiosas
12	Tiempo asignado a la atención directa.
13	Satisfacción con salario
14	Sensación de ser un empleado valioso en el sistema.
15	La calidad de la relación con los gerentes.
16	Demanda del paciente o sistema
17	Sentido de seguridad laboral
18	Tipo de entorno de salud (gubernamental o privado)

- 19 Comportamientos de colegas y otras enfermeras.
- 20 Participación en un curso educativo sobre "cuidado" después de la graduación
- 21 Supervisión organizada de cuidados de enfermería.
- 22 Falta de participación de los pacientes y sus familias en la planificación de la atención.
- 23 Cambiar la situación de la educación a la clínica
- 24 Falta de regulaciones que describan claramente los deberes del personal de enfermería
- 25 Falta de una definición clara de cuidado
- 26 Carga de trabajo y falta de tiempo suficiente.
- 27 Interés en la profesión de enfermería
- 28 Satisfacción laboral
- 29 Autoestima y respeto a la profesión de enfermería
- 30 Falta de familiaridad con los hechos en la profesión de enfermería
- 31 Falta de motivación para participar en el cuidado de enfermería
- 32 Educación teórica durante el curso de enfermería
- 33 Falta de capacitación clínica
- 34 Comportamiento y opiniones de los instructores durante la educación escolar.
- 35 Edad del paciente
- 36 Género del paciente
- 37 La forma en que los pacientes interactúan con las enfermeras
- 38 Diagnóstico médico del paciente

Adaptado de “Determinants of Nurses' Caring Behaviors (DNCB): Preliminary Validation of a Scale” por Salimi, S., & Azimpour, A., 2013., Journal of caring sciences, 2(4), p. 273.

Marco conceptual

Esta sección presenta una serie de definiciones que permiten una mejor comprensión de la teoría presentada y del resto del desarrollo de la investigación.

Atención sanitaria

La atención sanitaria se define como “los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud” (OMS, 2009, p.15).

Planificación de salud

La planificación de la salud es un proceso de definición de problemas de salud de la comunidad, identificación de necesidades insatisfechas y estudio de los recursos para satisfacerlas, establecer objetivos prioritarios que sean realistas y factibles y proyectar acciones administrativas para lograr el propósito del programa propuesto (Tajuri, 2008)

Resultados del paciente

El resultado para el paciente son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente (OMS, 2009, p.15). Liu, Avant, Aunguroch, Zhang y Jiang (2014) definieron los resultados como las consecuencias de la provisión de salud al paciente o como los puntos finales de la atención, los cambios sustanciales en el estado de salud de un paciente y los cambios en el comportamiento del paciente causados por la intervención médica.

Inteligencia emocional

Para Salovey y Mayer (1990) la inteligencia emocional se define generalmente como el subconjunto de la inteligencia social que implica la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios y ajenos, discriminarlos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones. En el modelo de estos autores, Salovey y Mayer, existen tres conceptos que serán medidos. Villareces y Achi (2017) definen estos tres conceptos como:

(a) *atención a las emociones*, se refiere a la conciencia que tenemos de nuestras

emociones, la capacidad para reconocer nuestros sentimientos y saber lo que significan; (b) *claridad emocional*, se refiere a la facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas, entendiendo cómo evolucionan e integrándolas en nuestro pensamiento; (c) *reparación emocional*, se refiere a la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas (p. 166).

Comportamiento de cuidado y cuidado de enfermería

El comportamiento de cuidado se define como las “acciones características de preocupación por el bienestar de un paciente, como sensibilidad, consuelo, escucha atenta, honestidad y aceptación sin prejuicios” (Nightingale et al., 2018).

Por otro lado, Juárez-Rodríguez y García-Campos (2009) ofrecen una definición de cuidado, como “una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente” (p. 111). O, también lo definen como:

Una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (Juárez-Rodríguez y García-Campo, 2009, p. 111)

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

El capítulo segundo presenta un análisis del estado actual del tema de investigación. Mediante un resumen de estudios recientes, se reflejan los principales avances y hallazgos respecto a las variables de estudio, inteligencia emocional y comportamientos de cuidado, exclusivamente dados en profesionales sanitarios: médicos y personal de enfermería. Además, para brindar mayor información sobre el lugar donde se evaluarán las variables, se realiza una caracterización del cantón Huaquillas.

Estudios internacionales

Los comportamientos de cuidado de las enfermeras pueden verse afectados por muchas variables. Los autores Salimi y Azimpour (2013), plantearon como propósito de investigación, desarrollar y probar un cuestionario válido y confiable para especificar estos determinantes. Tanto métodos cuantitativos como cualitativos fueron aplicados al momento de desarrollar el cuestionario. En cuanto al proceso de desarrollo del instrumento, este fue dividido en tres fases, donde la primera de ellas consiste en cuatro pasos: Entrevistas en profundidad, desarrollo de la versión preliminar de un cuestionario de 38 ítems, revisión de panel de expertos y revisión del lenguaje. Continuando con la fase número dos, consistió en examinar 143 enfermeras calificadas para las propiedades psicométricas de la DNCB. Para ello la selección de participantes se dio en base a un enfoque de muestreo de cuotas de cuatro hospitales educativos afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Urmia, Irán. Por último, la fase final implicó la prueba del instrumento revisado utilizando análisis factorial exploratorio. Se registraron resultados donde existe un buen CVI (0,89), coeficiente de correlación test-retest (0,91), confiabilidad de consistencia interna (0,93) y validez aceptable de cara y constructo. Los resultados del análisis factorial revelaron que una solución de 6 factores, determinada por valores de Eigen superiores a 1, representaba 77.736 de la varianza

total. Este instrumento es una escala simple con una buena confiabilidad y validez que puede proporcionar información completa sobre los determinantes de los comportamientos de cuidado en poco tiempo.

Nightingale et al. (2018) en su estudio revelan que en los últimos años ha habido críticas dentro del servicio de salud del Reino Unido con respecto a la falta de atención y compasión, lo que ha derivado en resultados adversos para los pacientes. En años recientes se ha destacado el impacto de la inteligencia emocional en el personal sobre los resultados de la atención médica del paciente. En efecto, muchos reclutadores ahora evalúan la inteligencia emocional como parte de su proceso de selección para el personal de atención médica, pese a ello, se ha argumentado que se ha sobreestimado la importancia de la inteligencia emocional en la atención médica. Los investigadores plantearon explorar las relaciones entre la inteligencia emocional en los profesionales de la salud y el comportamiento solidario. Para explorar más a fondo cualquier factor adicional relacionado con la inteligencia emocional que pueda afectar el comportamiento de cuidado. Fueron revisados veintidós estudios los cuales cumplen los criterios de inclusión. Se identificaron tres tipos principales de profesionales de la salud: enfermeras, enfermeras líderes y médicos. Los resultados indicaron que la inteligencia emocional de las enfermeras estaba relacionada con el cuidado físico y emocional, pero la inteligencia emocional puede ser menos relevante para los líderes de enfermería y los médicos. La edad, la experiencia, el agotamiento y la satisfacción laboral también pueden ser factores relevantes tanto para el cuidado como para la inteligencia emocional. Se logra identificar que el estudio proporciona evidencia de que el desarrollo de la inteligencia emocional en enfermeras impacta de manera positiva en ciertos comportamientos de cuidado, a su vez pueden existir diferencias dentro de los grupos que justifiquen una mayor investigación. Comprender más sobre qué aspectos de la inteligencia emocional son más

relevantes para la intervención es importante, y se han identificado instrucciones para futuras investigaciones a gran escala.

Ilustrado en la investigación de Kaur et al. (2013), El comportamiento afectuoso de las enfermeras contribuye a la satisfacción de los pacientes, el bienestar y, posteriormente, al desempeño de las organizaciones de atención médica. Este comportamiento está influenciado por factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. A partir de los datos recopilados entre julio y agosto de 2011. Una muestra de 550 enfermeras en la práctica de siete hospitales públicos en y alrededor de Kuala Lumpur (Malasia) completó el cuestionario que capturó cinco construcciones. Además de las enfermeras, 348 pacientes de siete hospitales participaron en el estudio y registraron su satisfacción general con el hospital y los servicios prestados por las enfermeras. Los datos se analizaron utilizando el modelo de ecuaciones estructurales (SEM). Los hallazgos clave son: (1) la inteligencia espiritual influye en la inteligencia emocional y la propiedad psicológica, (2) la inteligencia emocional influye en la propiedad psicológica, el agotamiento y el comportamiento solidario de las enfermeras, (3) la propiedad psicológica influye en el agotamiento y el comportamiento solidario de las enfermeras, (4) el agotamiento influye en el comportamiento solidario de las enfermeras, (5) la propiedad psicológica media la relación entre la inteligencia espiritual y el comportamiento solidario y entre la inteligencia emocional y el comportamiento solidario de las enfermeras y (6) el agotamiento media la relación entre la inteligencia espiritual y el comportamiento solidario y entre la propiedad psicológica y el comportamiento solidario de enfermeras. Los autores determinaron que los factores que afectan el comportamiento de cuidado de las enfermeras es fundamental para mejorar la calidad de la atención al paciente. La inteligencia espiritual, la inteligencia emocional, la propiedad psicológica y el agotamiento de las enfermeras juegan un papel importante en la realización del comportamiento de cuidado de las enfermeras. Relevancia para la práctica clínica. Los proveedores de atención médica deben

considerar las relaciones entre estos factores en su atención continua y la incorporación de estos en el currículo y capacitación de enfermería.

El estudio que realizaron los autores Cascio et al. (2017), se explora la relación entre la inteligencia emocional y el agotamiento en los profesionales de la salud. Más específicamente, esta encuesta tiene el propósito de demostrar el papel de la inteligencia emocional como factor protector contra el riesgo de agotamiento. Los profesionales de la salud, entiéndase por médicos, enfermeras y otros cuidadores, compusieron la muestra en donde los datos que se recopilaron proporcionaron los siguientes resultados. Se descubre que acerca de la relación la inteligencia emocional y el agotamiento, existe una correlación negativa y significativa entre el agotamiento y la inteligencia emocional. Además, el agotamiento varía según la duración del servicio: el agotamiento aumenta entre 5 y 10 años de experiencia y disminuye a lo largo de 10 años. De hecho, el agotamiento se expresa de manera diferente entre los profesionales de la salud: más específicamente, el agotamiento psicofísico, el detrimento de las relaciones y el agotamiento tienen un impacto en el médico más que otros profesionales de la salud investigados. Estos hallazgos parecen sugerir la oportunidad de mejorar las habilidades de Inteligencia Emocional a través de programas de capacitación específicos, útiles para promover la capacidad de lidiar con el estrés y enriquecer las relaciones en el lugar de trabajo.

En otro estudio acerca de la inteligencia emocional y agotamiento realizado por Vlachou et al. (2016), se menciona que el factor agotamiento afecta a millones de trabajadores a nivel mundial, teniendo un impacto significativo en la calidad de vida y en el servicio que brindan. Este es identificado como un fenómeno psicosocial que puede ser manejado a través de ayuda psicológica, los investigadores se proponen determinar qué relación hay entre el síndrome de agotamiento y la inteligencia emocional en los profesionales de la salud en el sector de rehabilitación. De una muestra de 148 profesionales en el cuidado de la salud, en la

que se incluye trabajadores en el campo de rehabilitación, se descubre que existe una relación positiva entre inteligencia emocional y el síndrome de agotamiento, donde a medida que la inteligencia emocional sea mayor, el agotamiento se da en menor medida. Al mismo tiempo se encontró evidencia en la variabilidad del síndrome de agotamiento a través de modelos explicativos y de correlación entre el síndrome de agotamiento y la inteligencia emocional. Los empleadores podrían enfocarse más en construir relaciones emocionales con sus trabajadores, especialmente en el campo del cuidado de la salud, además podrían promover seminarios experimentales con el objetivo de promover la inteligencia emocional derivando en la mejora del desempeño y calidad de servicio brindado por los trabajadores.

En el estudio por parte de los autores Vandewaa, Turnipseed y Cain (2016), se planteó el propósito de investigar empíricamente la relación entre la inteligencia emocional y los comportamientos deseables de enfermería, medidos como comportamiento de ciudadanía organizacional. Los investigadores, empleando el modelo de cuatro dimensiones de inteligencia emocional de Mayer y Salovey, un muestreo de 137 enfermeras clínicas y analizando los datos con regresiones múltiples jerárquicas, determinaron que la dimensión que percibía la emoción estaba vinculada a la conciencia, y que facilitar el pensamiento estaba vinculado a la virtud cívica. No hubo relaciones entre el pensamiento facilitador y las dimensiones comportamiento de ciudadanía organizacional. Fue determinado en su investigación que la inteligencia emocional puede aumentar la conciencia en el desempeño de las tareas de enfermería y en los niveles de participación e involucrarse en los asuntos hospitalarios. Los niveles más altos de inteligencia emocional también pueden aumentar las actividades altruistas y los esfuerzos de coordinación discrecionales. Sin embargo, no hay razón para esperar que un clima laboral deficiente respondan positivamente al aumento de la inteligencia emocional. Los gerentes deber darse cuenta de que el esfuerzo que se emplea en mejorar la inteligencia emocional puede no proporcionar resultados globales.

Karimi et al. (2013) en su investigación acerca de en qué medida el trabajo emocional y la inteligencia emocional están asociados con el bienestar y el estrés laboral entre un grupo de enfermeras de la comunidad australiana. Destacan la idea del papel moderador de la inteligencia emocional se evaluó como un factor clave en el rescate de los trabajadores de la salud del estrés laboral, aumentando así la retención laboral. Los autores enfatizan que, pese a que el trabajo emocional ha sido ampliamente investigado en la literatura, la contribución del trabajo emocional y la inteligencia emocional al bienestar y la experiencia del estrés laboral en un entorno de enfermería comunitaria requiere una mayor exploración. Con una muestra de 312 enfermeras comunitarias australianas, los autores determinan que los resultados del modelo de ecuaciones estructurales apoyan la hipótesis de que tanto el trabajo emocional como la inteligencia emocional tienen efectos significativos sobre el bienestar de las enfermeras y el estrés laboral percibido. La inteligencia emocional juega un papel moderador en la experiencia del estrés laboral. Los hallazgos presentan evidencia adicional de cuán importante son los efectos de que la inteligencia emocional y el trabajo emocional pueden tener sobre el bienestar y el estrés laboral entre las enfermeras comunitarias. Se han explorado los beneficios potenciales de la inteligencia emocional en el trabajo emocional de las enfermeras.

Estudios nacionales

En el contexto nacional, la literatura sobre inteligencia emocional y comportamientos de cuidado fue escaso. En artículos científicos, se encontró el estudio realizado por Vega, Bello, Medina y Alfonso (2019) quienes evaluaron las competencias emocionales en la inserción laboral de los profesionales de la salud de medicina y enfermería de la Universidad Técnica de Manabí. Los autores realizan una revisión de literatura y un análisis situacional, mediante lo cual concluyeron que la “comprensión de las competencias emocionales en la formación profesional de los universitarios, permitirá contar con criterios necesarios para la

toma de decisiones, contribuyendo a mejorar el desempeño laboral de los profesionales, así como a la solución de problemas sociales del entorno laboral” (Intriago et al., 2019, p. 12).

Otro estudio, publicado en revistas científicas, también fue realizado en la Universidad Técnica de Manabí. Vega, Dávila, García y León (2019b) desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue “caracterizar las competencias emocionales que presentan un grupo de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, en Ecuador.” (p.1). Para ello, se encuestaron a 420 estudiantes solo de carreras de medicina y enfermería, el cuestionario aplicado se basó en el modelo de Goleman et al. (2002) que mide las siguientes dimensiones: conciencia de uno mismo, autogestión emocional, conciencia social y gestión de las relaciones. Entre los principales hallazgos, los autores obtuvieron que los estudiantes de ciencias de la salud presentaron un nivel medio de IE, la dimensión mejor puntuada fue la conciencia en uno mismo y la dimensión de gestión de relaciones fue la más baja. Los autores concluyeron además que:

Los estudiantes de la muestra se caracterizan por tener más desarrolladas: el aprovechamiento de la diversidad, la motivación, el optimismo, la autovaloración adecuada y la orientación al servicio y en menor medida la influencia, el autocontrol emocional, la autoconciencia emocional, la gestión de conflictos, la empatía, la transparencia y el liderazgo (Vega et al., 2019b, p. 1).

Otro estudio realizado por Vega et al. (2019) realizaron otro estudio con el objetivo de “conocer el peso que tienen para el desempeño exitoso de los profesionales de medicina y enfermería se realizó el presente trabajo tomando como referencia el criterio de empleadores, profesionales y estudiantes de la salud de la Universidad Técnica de Manabí” (p. 17). Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal, cuya muestra estuvo compuesta por un total de 218 individuos de tres categorías: empleadores, profesionales y estudiantes. La técnica utilizada fue la lista de competencias, que consiste en que a cada participante se le

pide que mencione las competencias que crean que son esenciales para los profesionales médicos. La competencia mencionada fue clasificada según las categorías de Goleman et al. (2002), y se observó que para los estudiantes la dimensión más importante fue la conciencia en uno mismo, para los profesionales fue la autogestión emocional, y para los empleadores fue la conciencia social. Los autores concluyeron que “la evaluación realizada, brinda un perfil de competencia que enriquece la caracterización del grupo estudiado, lo cual responde al presupuesto de que las competencias emocionales se ajustan a las exigencias de los distintos puestos de trabajo” (Vega et al., 2019c, p. 20).

Caracterización del cantón Huaquillas

El cantón Huaquillas fue creado el seis de octubre de 1980, se encuentra ubicado en la provincia de El Oro, región sur del país, en la costa ecuatoriana y tiene una extensión geográfica de 112,60 kilómetros cuadrados. La Figura 2 muestra la localización y límites geográficos del cantón.



Figura 2 Localización geográfica cantón Huaquillas

Tomado de “Fascículo Cantón Huaquillas” por INEC, 2010.

De acuerdo a la información del INEC (2010) el número de habitantes en el cantón alcanza los 48 285 habitantes con una tasa de crecimiento de 2,01%, donde el 99% (40 183 habitantes) vive en la zona urbana y una proporción muy similar entre hombres y mujeres, con 50% en ambos sexos. Además, respecto al nivel de escolaridad, el 54,2% de su población corresponde a aquellos con primaria terminada, el 29,3% a secundaria, solo un 4,1% con título universitario, y hay un 4,4% que reportó no haber acudido a ningún centro educativo. La mayoría de su población se ocupa en el sector de comercio con 5381 trabajadores, seguidos del sector de agricultura, ganadería, caza, pesca y silvicultura con 1806 trabajadores, y el sector de construcción con 1004 trabajadores (INEC,2010).

De acuerdo al documento del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón Huaquillas elaborado por su Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD, 2016), el cantón se divide en cinco parroquias: Hualtaco, Milton Reyes, Ecuador, El Paraíso y Unión Lojana. La Tabla presenta la población aproximada de cada parroquia.

Tabla 3 *Población por Parroquias en Cantón Huaquillas*

Parroquia	Población estimada
Hualtaco	7.401
Milton Reyes	16.808
Ecuador	14.649
El Paraíso	9.174
Unión Lojana	14.607

Adaptado de “Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Huaquillas” por GAD, 2016, p. 18.

Eje salud en el cantón Huaquillas

De acuerdo al GAD (2016) el cantón cuenta con los siguientes establecimientos sanitarios: (a) Hospital IESS, (b) Nuevo Hospital de Huaquillas, (c) Subcentro de la ciudadela 18 de noviembre, (d) Subcentro de Puerto Hualtaco, (e) Subcentro de ciudadela primero de mayo, (f) Subcentro de la ciudadela Martha Bucaram, (g) Subcentro de la ciudadela Las Mercedes. De acuerdo a la misma fuente, los subcentros de salud, aunque aperturados por el mismo municipio, son establecimientos que ahora pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MSP) cuyas principales actividades campañas de vacunación y provisión de servicios básicos primarios de salud.

Hospital Básico Huaquillas

El Hospital Básico de Huaquillas también forma una parte importante de la oferta sanitaria del cantón y “tiene capacidad de 56 camas, que según las normas internacionales tiene una cobertura del total de la población, cabe señalar que este Hospital da servicio a un grupo de población de Arenillas, Las Lajas y del Perú” (GAD, 2016, p. 27), es una unidad médica correspondiente al segundo nivel de atención que pertenece al MSP. Cuenta con un total de 130 enfermeras, 31 auxiliares en enfermería y 41 médicos. Respecto a su distribución administrativa la Figura 2 muestra el organigrama institucional; la figura 3 muestra la ubicación geográfica del hospital.

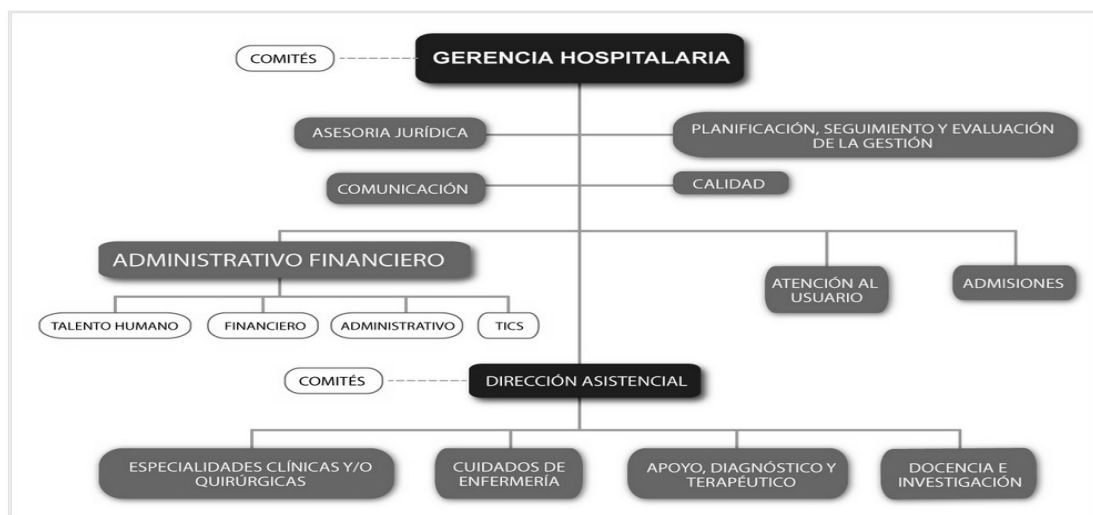


Figura 3 Organigrama Administrativo Hospital Básico Huaquillas

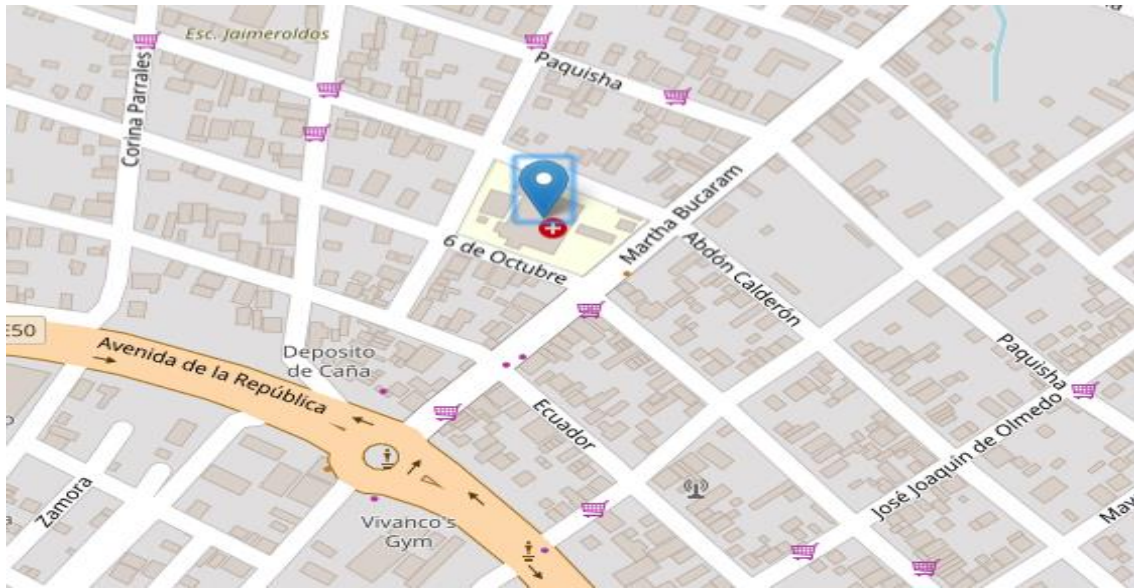


Figura 4 Ubicación Hospital Básico Huaquillas

De acuerdo a una publicación realizada por el MSP (2015), “el Hospital Básico Huaquillas, de la provincia de El Oro, recibió ayer la acreditación internacional de calidad y seguridad por parte de Accreditation Canadá Internacional (ACI) con una calificación del 93%, nivel Oro”

Misión

Presentar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión

Hasta el año 2017, contando nuestro Hospital con una acreditación internacional Nivel Oro y proyectada a Nivel Platino, ser una institución con rostro humano, reconocida por su calidad y calidez de los servicios clínico/quirúrgico que satisfagan las necesidades y

expectativas de toda la población de la frontera y distrito, bajo los principios fundamentales de la Salud Pública, utilizando tecnología, infraestructura y los recursos públicos de forma eficiente y transparente; con un Talento Humano calificado, comprometido con la seguridad del paciente, y sobre todo; orgulloso de pertenecer al Hospital Básico Huaquillas.

Valores

- Trabajo en equipo
- Ética
- Eficiencia
- Disciplina
- Responsabilidad
- Compromiso
- Eficacia
- Liderazgo

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Después de la revisión teórica y referencial se puede plantear la ruta metodológica para responder a la hipótesis de estudio y los objetivos de la investigación. Este trabajo optó por una metodología cuantitativa, por tener características más objetivas y secuenciales, que permiten medir las variables de estudio de manera clara y observable. A continuación, se ofrece una descripción más detallada de la metodología planteada para la presente investigación.

Enfoque y tipo de investigación

La investigación fue cuantitativa, esencialmente porque se utilizaron instrumentos de medición que recolectan datos numéricos. A pesar de que la inteligencia emocional es un concepto abstracto, existen formas cuantitativas para su medición validadas por diversos autores. Por ello, se decidió perseguir un enfoque cuantitativo.

Respecto al tipo de investigación, tras revisar el título e hipótesis de mi trabajo, se puede determinar que se requerirá de una investigación de tipo descriptiva y correlacional. La parte descriptiva constituye el primer paso para presentar los datos recolectados, permiten conocer características generales de la muestra como cantidad de hombres y mujeres, edad promedio, puestos de trabajo, entre otros atributos. Mientras, el estudio correlacional descubrir posibles relaciones entre las variables incluidas en la investigación, con el fin, de observar comportamientos más específicos sobre la inteligencia emocional y la calidad de cuidado de los profesionales sanitarios.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental puesto que se obtuvieron datos una sola vez con el fin de analizar la inteligencia emocional y calidad de cuidado actual en el Hospital Huaquillas. Tampoco se realiza ninguna intervención entre los profesionales de

la salud con el fin de medir algún impacto o cambio. En este estudio, se analizan las variables de estudio en su estado actual sin ninguna modificación, y sin un antes y después.

Así mismo, el presente trabajo entra dentro de los estudios transversales. En términos de temporalidad, la investigación solo recogió ~~de~~ datos una sola vez, siendo ésta la característica principal de los estudios transversales.

Población y muestra de estudio

La población de estudio fue los profesionales enfermería del Hospital Huaquillas los cuales suman un total de 33 por lo que en este estudio se trabajó con la totalidad de la población. Al tener una población pequeña se recurrió a un muestreo por conveniencia. El muestreo por conveniencia permite al investigador elegir a los participantes del estudio basado en la facilidad de acceso. La muestra alcanzada quedó constituida por 33 participantes entre los cuales se incluyeron enfermeras.

Procedimiento

El estudio tuvo algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, debido a las circunstancias actuales la aplicación del cuestionario fue online, esto limitó de manera importante la tasa de respuestas de los profesionales. El cuestionario fue enviado a todo el personal de la unidad, sin embargo, el total recolectado fue solo el 41.25% de todos los profesionales de enfermería.

Así mismo, al no tener la posibilidad de aplicar el cuestionario de manera personal, se trató de plantear las preguntas de la manera más clara posible y sin ambigüedad para evitar que el encuestado responda erróneamente. El cuestionario en formato digital tenía una extensión aproximada de 15 minutos, tratando de evitar una extensión que cansará al encuestado y le obligue a responder de manera indiferente. Este fue un punto importante ya que no se tiene el control en la forma en que el encuestado responde a cada pregunta.

Tras dos semanas se obtuvieron 33 cuestionarios completos. Los mismos que fueron transferidos a Excel para posteriores análisis.

Instrumento de recolección de datos

Para la construcción del cuestionario se recurrió a escalas validadas de las variables: inteligencia emocional y comportamiento de cuidado en profesionales de salud, tomados de autores que han aplicado anteriormente el instrumento en otras muestras y específicamente en contextos de instituciones de salud. Para el cuestionario de inteligencia emocional se tomó la escala de Salovey y Mayer Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de 24 ítems: TMMS-24 (Espinoza-Venegas, Sanhueza-Alvarado, Ramírez-Elizondo & Sáez-Carrillo, 2015). Por otro lado, para la variable comportamiento de cuidado (caring-behaviour) se aplicó la escala cuidado de paciente CP-22 de Cossette, Pepin, Coté y De Courval (2008). Finalmente, se formularon preguntas socio demográficas y laborales. La Tabla 1 presenta un resumen de las variables con sus respectivas formas de medición.

Tabla 4.

Descripción de Variables de Estudio

Variable	Dimensiones	Definición	Escala	Ítems	Medidas
Inteligencia emocional	Atención	Capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada	TMMS-24	Del 1 al 8	Grado de acuerdo, Likert de 5 puntos
	Claridad	Comprensión de estados emocionales		Del 9 al 16	
	Reparación	Capacidad de regular los estados emocionales correctamente		Del 17 al 24	
Comportamiento de cuidado	Cuidado clínico	Aplicación de conocimiento y habilidades clínicas durante el cuidado	CP-22	Del 1 al 8	Frecuencia (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre) Likert de 5
	Cuidado relacional	Aplicación de habilidades interpersonales durante el paciente		Del 9 al 15	

Cuidado humano	Actitudes humanas y empáticas durante el cuidado	Del 16 al 19
Cuidado de comodidad	Actitudes de privacidad y respeto durante el cuidado	Del 20 al 22

Técnicas de análisis de datos aplicadas

Se aplicaron mayormente técnicas de estadística descriptivas, entre ellas: gráficos y diagramas, medidas de tendencia central y de dispersión. Para determinar si el nivel de inteligencia emocional fue alto o bajo, se utilizaron los criterios planteados en el estudio de inteligencia emocional, para cada dimensión, los cuales se presentan a continuación:

Para la dimensión atención la Tabla 5 presenta el barómetro para la clasificación entre hombres y mujeres.

Tabla 5

Clasificación de niveles de dimensión atención

Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

Tomado de: La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey (2005)

Los valores de cada dimensión de IE, se obtiene como la sumatoria de todos los ítems. Es decir, para el individuo i , su nivel de Atención de inteligencia emocional, se calcularía como:

$$Atención_i = item1 + item2 + item3 + item4 + item5 + item6 + item7 + item8$$

Para la dimensión claridad la Tabla 6 presenta el barómetro para la clasificación entre hombres y mujeres.

Tabla 6

Clasificación de niveles de dimensión claridad

Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35

Para la dimensión claridad, el índice se calcularía como:

$$Claridad_i = item9 + item10 + item12 + item13 + item14 + item15 + item16$$

Para la dimensión claridad la Tabla 7 presenta el barómetro para la clasificación entre hombres y mujeres.

Tabla 7 *Clasificación de niveles de dimensión reparación*

Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35

Para la dimensión reparación:

$$\text{Reparación}_i = \text{item17} + \text{item18} + \text{item19} + \text{item20} + \text{item21} + \text{item22} + \text{item23} \\ + \text{item24}$$

Análisis de Resultados

A continuación, se presentan las características de los participantes encuestados. Se obtuvo un porcentaje predominante del 70% de mujeres respecto al 30% de hombres encuestados. Esto se puede deber a que una parte mayoritaria corresponde a mujeres profesionales enfermeras.

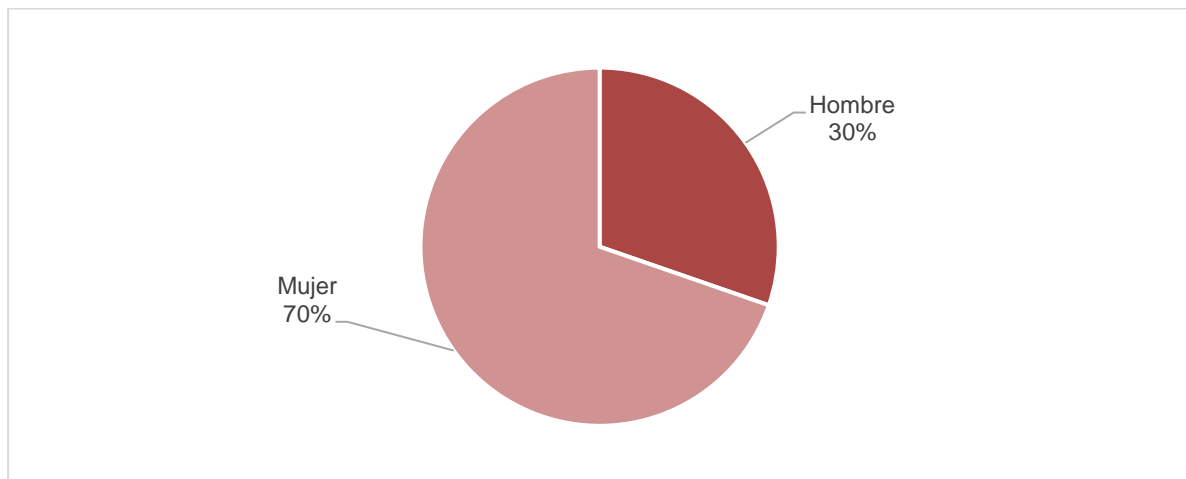


Figura 5 Género

Así mismo, se observó una mayoría de profesionales de estado civil casado, seguidos de aquellos que son solteros. Una mínima parte correspondió a aquellos viudos, divorciados y de unión libre.

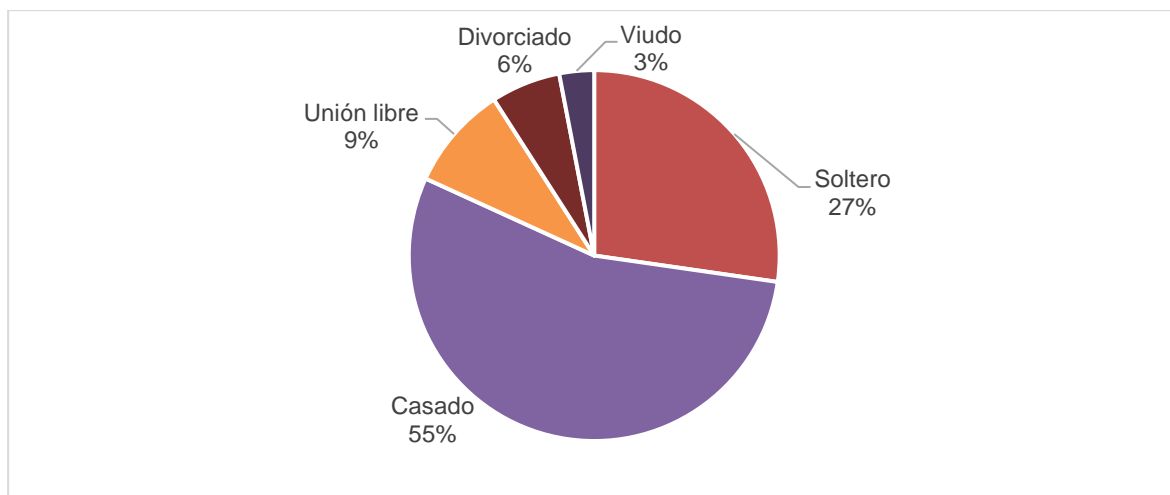


Figura 6 Estado civil

Por otro lado, la mayoría de los encuestados reportaron tener dos hijos, seguidos de aquellos que reportaron tener un hijo. Un 18% dijo tener tres o más hijos y un 21% ninguno (Figura 6).

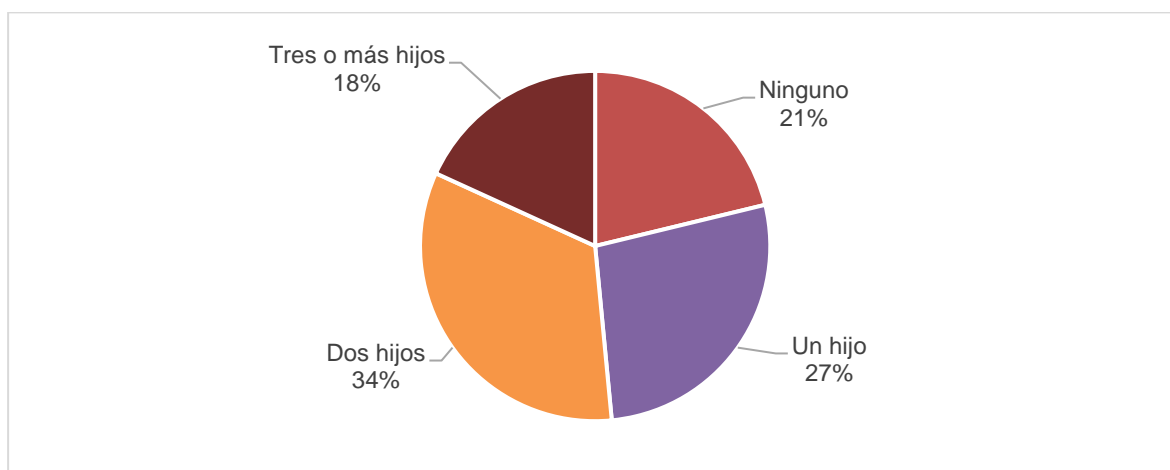


Figura 7 Número de hijos

Finalmente, se preguntó los años que llevan laborando en la institución. En este caso, se observó que la mayoría ha laborado más de diez años en la institución. Mientras, proporciones iguales de 24% han laborado entre dos a tres años y entre tres a seis años. Una

mínima proporción de profesionales son nuevos, es decir, han trabajado menos de un año en la institución (Figura 8).

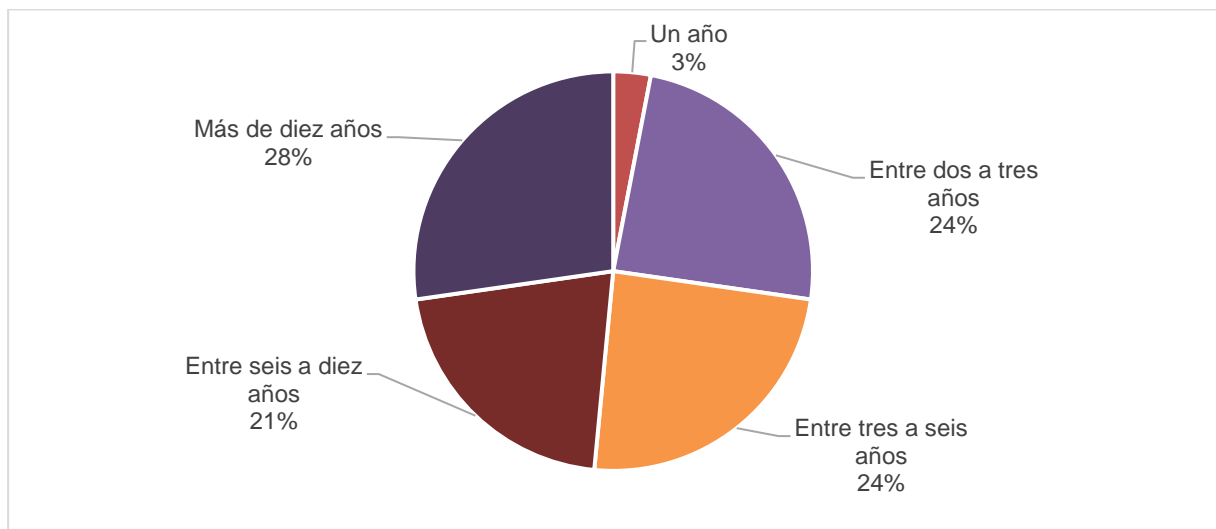


Figura Años de labor en la institución

Inteligencia emocional (IE)

A continuación, se presenta los niveles de inteligencia emocional de toda la muestra y por dimensión, también se realiza un contraste en profesión y género.

Niveles de IE dimensión Atención

La primera dimensión de la IE corresponde a atención la cual refleja la capacidad de sentir y expresar los sentimientos. Esta dimensión está compuesta por ocho ítems. La Tabla 8 presenta los promedios de cada ítem, un valor mayor indica mayor grado de acuerdo con la aseveración.

En la mayoría de casos se superó el valor de tres puntos indicando un nivel medio en la capacidad de sentir y expresar sentimientos en los profesionales encuestados. Sin embargo, se obtuvieron dos ítems por debajo de tres puntos, estos fueron: deajo que mis sentimientos

afecten mis pensamientos y a menudo pienso en mis sentimientos. Los dos ítems además reflejaron la menor desviación estándar, revelando que este nivel en los ítems que reflejan pensar en los sentimientos, es relativamente consistente entre la muestra de estudio.

Tabla 8

Puntajes promedios en ítems de Atención - IE

Ítem	Promedio	Desviación estándar
Presto mucha atención a los sentimientos.	3,30	1,38
Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	3,36	1,39
Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	3,36	1,27
Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	3,39	1,41
Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	2,55	0,94
Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	3,03	1,38
A menudo pienso en mis sentimientos.	2,94	1,12
Presto mucha atención a cómo me siento.	3,12	1,27
Puntaje total atención	25	8,17

El puntaje total de la muestra en la dimensión atención fue de 25,06. Sin embargo, para diagnosticar este estado de atención, se requiere obtener el promedio de la escala por género. La Figura 9 presenta dichos resultados. De acuerdo a los valores mostrados en la metodología, encontramos que los hombres tienen un adecuado nivel de atención; sin embargo, el grupo de mujeres requiere mejorar aumentando su atención, debido a que su promedio se encuentra debajo de los 24 puntos, lo que indica que prestan poca atención a sus emociones.

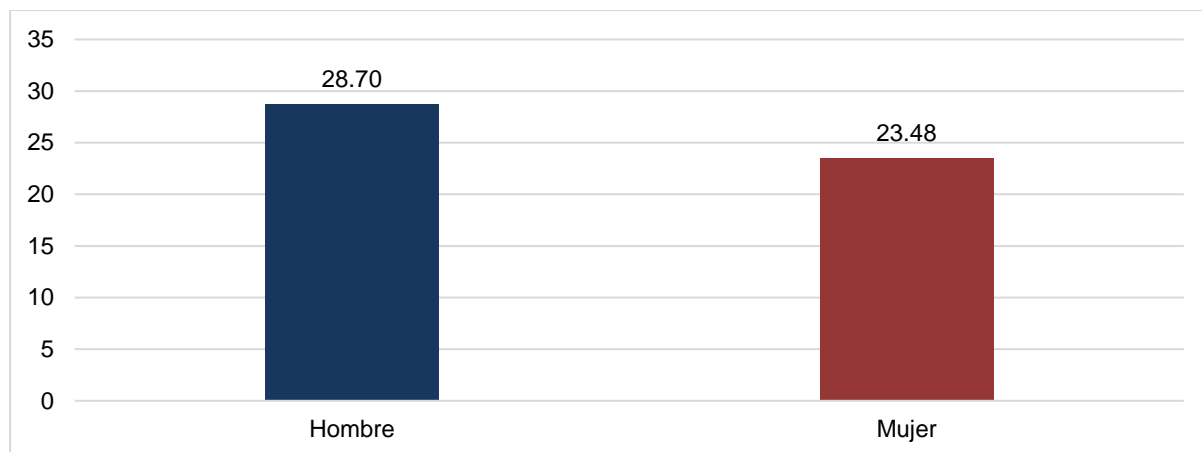


Figura 8 Niveles IE dimensión atención hombre vs. mujer

Niveles de IE dimensión Claridad

La Tabla 9 presenta los promedios para cada ítem de la dimensión claridad. En este caso solo un ítem se ubicó por debajo de los tres puntos: a veces puedo decir cuáles son mis emociones. Sugiriendo que, en algunas ocasiones, los profesionales no llegan a nombrar e identificar de manera clara sus emociones.

Tabla 9

Puntajes promedios en ítems de Claridad - IE

Ítem	Promedio	Desviación estándar
Tengo claros mis sentimientos.	3,18	1,38
Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	3,03	1,38
Casi siempre sé cómo me siento.	3,03	1,45
Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	3,03	1,47
A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	3,12	1,47
Siempre puedo decir cómo me siento.	3,06	1,48

A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	2,88	1,34
Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	3,21	1,39
Puntaje total	24,55	10,15

El puntaje total de esta dimensión fue de 24,55 puntos. Al obtener por género, se observó que los dos grupos reportan un valor adecuado dado que para los hombres el umbral es de 25 puntos y los encuestados reportaron en promedio 27,90 sugiriendo una adecuada claridad en sus emociones, pero podrían mejorar. Así mismo, el umbral de mujeres es 23, y las participantes reportaron 23,09, sugiriendo una claridad que debe ser mejorada.

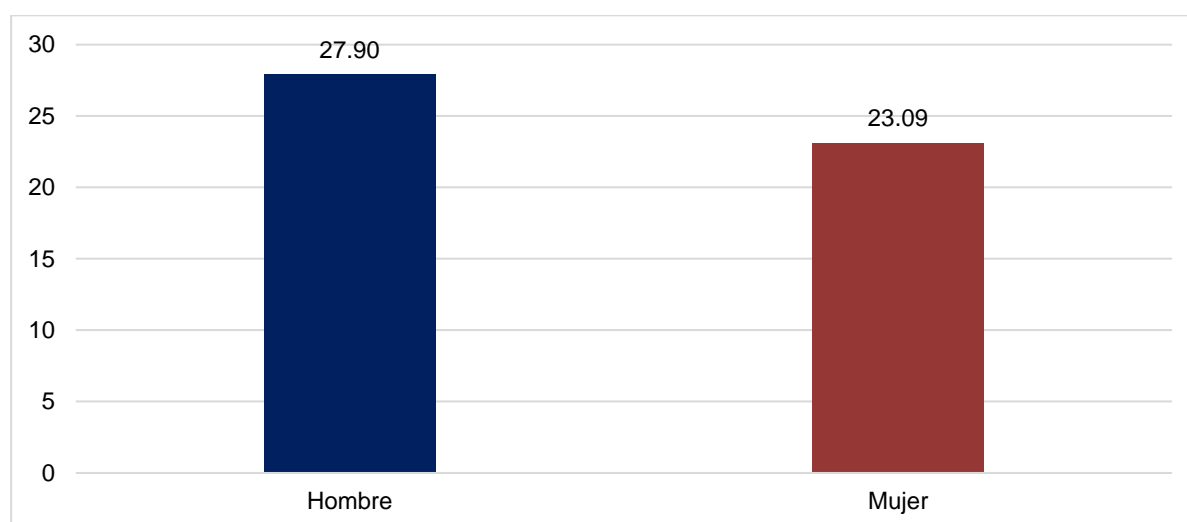


Figura 9 Niveles IE dimensión claridad hombre vs. mujer

Niveles de IE dimensión Reparación

La Tabla 10 presenta los promedios para cada ítem de la dimensión reparación. En este caso, solo un ítem reportó niveles debajo de los tres puntos: cuando estoy triste, pienso en

todos los placeres de la vida. Mientras, el ítem con mayor promedio fue: tengo mucha energía cuando me siento feliz.

Tabla 10

Puntajes promedios en ítems de Reparación - IE

Ítem	Promedio	Desviación estándar
Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	3,21	1,52
Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	3,45	1,50
Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	2,82	1,33
Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	3,33	1,55
Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	3,03	1,42
Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	3,24	1,46
Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	3,52	1,56
Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	3,09	1,57
Puntaje total reparación	25,69	10,95

El nivel de la muestra total para la dimensión reparación fue de 25,69. Sin embargo, al comparar los promedios entre hombres y mujeres se observó una diferencia importante. Los hombres se encontraron en el rango adecuado de reparación entre 24 a 35 puntos. Mientras, las mujeres, no alcanzaron el nivel de reparación adecuada entre 24 a 34 puntos, por lo que reportan un nivel de reparación que debe ser mejorado.

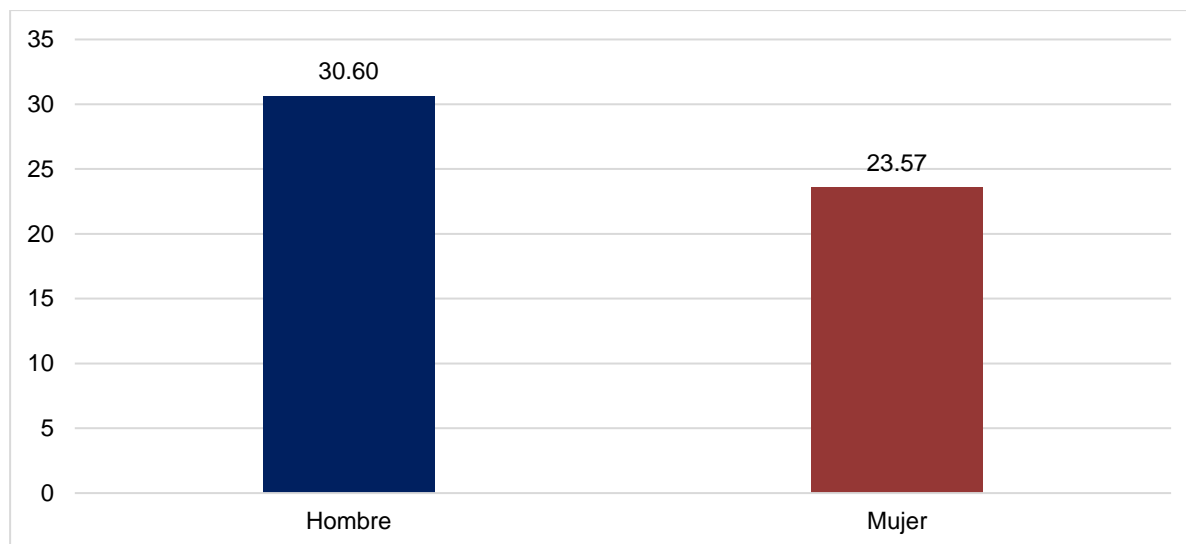


Figura 10 Niveles IE dimensión reparación hombre vs. mujer

Comportamiento de cuidado

Se analizaron los componentes del comportamiento de cuidado con la misma dinámica anterior de IE. Se obtuvo los promedios para cada ítem y su desviación estándar y se sumaron los ítems que corresponden a toda la dimensión.

Niveles de cuidado clínico

En la dimensión de cuidado clínico, todos los ítems superaron el valor de cuatro puntos, demostrando cuidado clínico adecuado bastante frecuente. Hubo una excepción en el ítem: les proveo la oportunidad de autocuidado. El puntaje total en esta dimensión fue de 33,45 puntos sobre 40, sugiriendo un alto nivel de cuidado clínico (Tabla 11).

Tabla 11

Nivel de comportamiento de cuidado clínico

Ítem	Promedio	Desviación estándar
Conozco cómo brindar el tratamiento a los pacientes (colocar inyecciones, sueros, vendajes, etc)	4,52	0,94
Conozco cómo operar los equipos médicos necesarios para el tratamiento del paciente (monitores, respiradores, mascarillas, trajes).	4,03	1,10
Reviso que los medicamentos asignados reduzcan los síntomas del paciente (náusea, dolor, constipación, ansiedad, etc)	4,30	1,16

Doy indicaciones al paciente y los medios para tratar su enfermedad y prevenir efectos secundarios asociados con su medicación o tratamiento.	4,03	1,33
Sé como actuar en situaciones donde se debe reaccionar rápidamente	4,12	0,86
Ayuda a los pacientes con los cuidados que no pueden administrarse a sí mismos	4,24	1,03
Demuestro mi habilidad en la manera que intevengo en mis pacientes	4,24	1,00
Les proveo la oportunidad de autocuidarse	3,97	1,10
Puntaje de cuidado clínico total	33,45	7,05

Niveles de cuidado relacional

En la dimension de cuidado relacional se reportaron niveles más bajos de comportamiento de cuidado. Solo dos ítems reportaron niveles sobre los cuatro puntos: ayudo a mis pacientes a entender el significado que le da a su vida su condición de salud y ayudo a mis pacientes a reconocer medios para resolver sus problemas eficientemente. Mientras, el resto de ítems obtuvieron valores entre tres y cuatro puntos. Los ítems con menor promedio fueron: Ayudo a mis pacientes a encontrar cierto equilibrio o balance en sus vidas y ayudo a mis pacientes a entender que les gustaría que sus amigos o familiares les brindaran. El puntaje total de esta dimensión fue de 27,09 de 35 puntos.

Tabla 12

Nivel de comportamiento de cuidado relacional

Ítem	Prome dio	Desviación estándar
Ayudo a mis pacientes a encontrar cierto equilibrio o balance en sus vidas	3,73	1,26
Ayudo a mis pacientes a explorar la importancia de sus vidas	3,76	1,20
Ayudo a mis pacientes a entender que les gustaría que sus amigos o familiares les brindaran	3,73	1,21

Ayudo a mis pacientes a entender el significado que le da a su vida su condición de salud	4,06	1,00
Ayudo a mis pacientes a reconocer medios para resolver sus problemas eficientemente.	4,00	0,97
Ayudo a mis pacientes a ver las cosas desde un punto de vista diferente	3,85	1,25
Ayudo a mis pacientes a identificar las consecuencias de sus comportamientos	3,97	0,92
Puntaje total de cuidado relacional	27,09	6,93

Niveles de cuidado humano

En la dimensión se se reportaron la mayoría de ítems sobre los cuatro puntos, demostrando alta frecuencia de cuidado humano. Hubo una excepción en el ítem uno, el cual menciona: Considero a mis pacientes como individuos, les demuestro que estoy más interesado más allá de sus problemas de salud. El puntaje total de cuidado humano fue de 16,30 sobre 20 puntos.

Tabla 13

Nivel de comportamiento de cuidado humano

Ítem	Promedio	Desviación estándar
Considero a mis pacientes como individuos, les demuestro que estoy más interesada más allá de sus problemas de salud	3,64	1,17
Animo a mis pacientes a tener fe, cuando es apropiado	4,36	1,08
Enfatizo la importancia del esfuerzo de mi paciente	4,27	1,04
No demuestro una actitud de desaprobación o rechazo a mi paciente	4,03	1,19
Puntaje total cuidado humano	16,30	3,47

Niveles de cuidado de comodidad

En la dimensión cuidado de comodidad todos los ítems reportaron un promedio mayor a los cuatro puntos. Esta dimensión constituyó el componente con mayor puntaje y menor dispersión, sugiriendo un nivel de cuidado de comodidad alto y consistente en la muestra. El puntaje total de esta dimensión fue de 13,48 sobre 15 puntos.

Tabla 14 *Nivel de comportamiento de cuidado de comodidad*

Ítem	Promedio	Desviación estándar
Respeto la privacidad de mi paciente	4,52	0,94
Tomo en cuenta las necesidades básicas de mis pacientes	4,45	0,94
Doy a mis pacientes su tratamiento y medicación en el horario adecuado	4,52	0,97
Puntaje total cuidado de comodidad	13,48	2,72

Niveles totales de Inteligencia Emocional y Comportamiento de Cuidado

Para evaluar de manera global los puntajes de promedio de cada dimensión, este promedio servirá posteriormente para relacionar ambas variables. La Tabla 15 muestra el resumen de los promedios de IE y Comportamiento de Cuidado con sus dimensiones. La IE alcanzó un promedio de 75,03 sobre 120 puntos. Mientras, los comportamientos de cuidado alcanzaron un promedio de 90,33 sobre 110.

Tabla 15 *Promedios de variables de estudio y sus dimensiones*

Variable	Promedio	Desviación estándar
Inteligencia emocional	75,03	27,87
Reparación	25,69	10,95
Claridad	24,55	10,15
Atención	25	8,17
Comportamiento de cuidado	90,33	18,19
Cuidado de comodidad	13,48	2,72
Cuidado humano	16,3	3,47
Cuidado relacional	27,09	6,93
Cuidado clínico	33,45	7,05

Dado que los promedios no son comparables porque tienen diferentes puntos máximos y mínimos. La Figura 13 presenta los puntajes como porcentajes para detectar qué dimensiones son las más débiles en IE. Mientras la Figura contrasta los puntajes para

comportamientos de cuidado. En el caso de IE, todas las dimensiones obtuvieron un porcentaje del puntaje de al menos 60%. La dimensión con menos puntaje fue claridad.

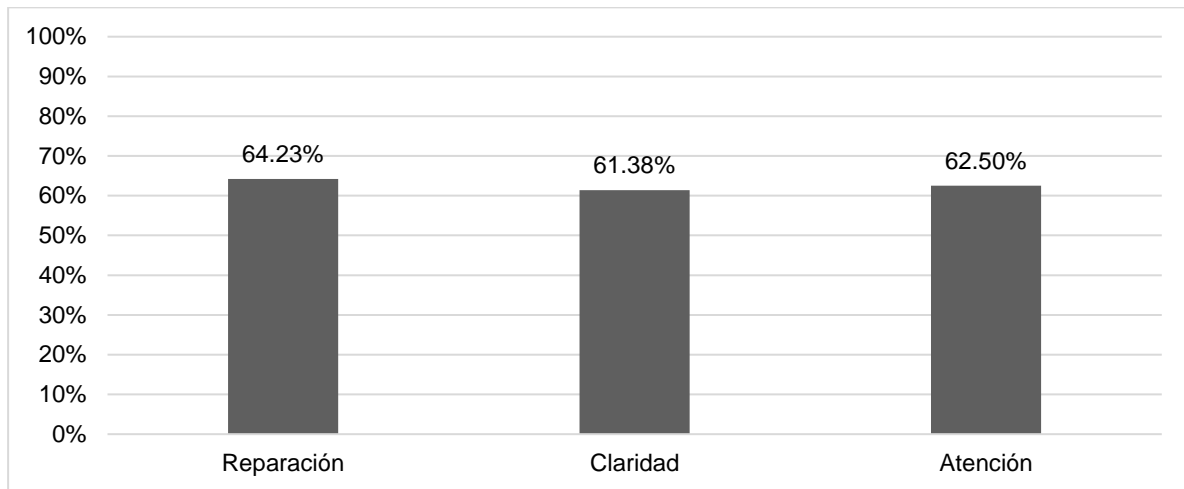


Figura 11 Porcentajes de dimensiones de IE.

Mientras, en los porcentajes de comportamiento de cuidado se observaron mayores diferencias. La dimensión con mayor puntaje fue cuidado de comodidad, y la de menor puntaje fue cuidado relacional. Todas las dimensiones, a excepción de cuidado relacional, superaron el 80% en su puntuación.

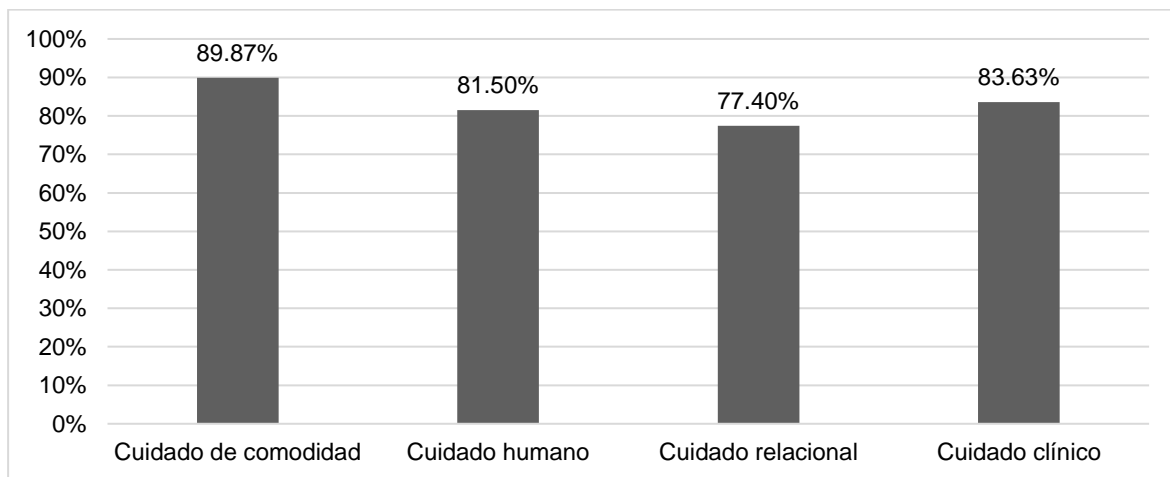


Figura 12 Porcentajes de dimensiones de comportamiento de cuidado

Relación entre Inteligencia Emocional y Comportamiento de Cuidado

Para observar las relaciones entre IE y comportamiento de cuidado se separó la muestra en dos grupos: (a) alta IE; (b) baja IE. Aquellos con alta IE fueron quienes obtuvieron un puntaje sobre el promedio total de 75,03; y los de baja IE fueron aquellos debajo del promedio. Se obtuvo, la siguiente composición.

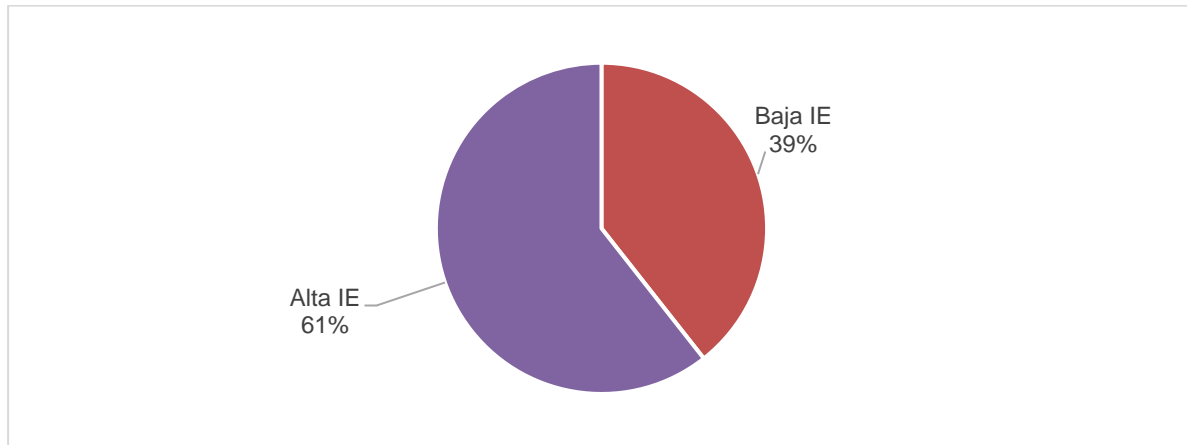


Figura 13 Porcentaje de participantes con baja IE y alta IE

Luego de cada grupo se obtuvo la media de la variable de comportamiento de cuidado. La Figura 15 presenta dichos resultados. Se puede corroborar que aquellos con alta IE presentaron un nivel más alto de comportamiento de cuidado, frente aquellos que reportaron baja IE. Mientras aquellos con alta IE reportaron un nivel de cuidado de 94,45, el grupo de baja IE reportó 84, dando como resultado una diferencia de 10,45 en el comportamiento de cuidado.

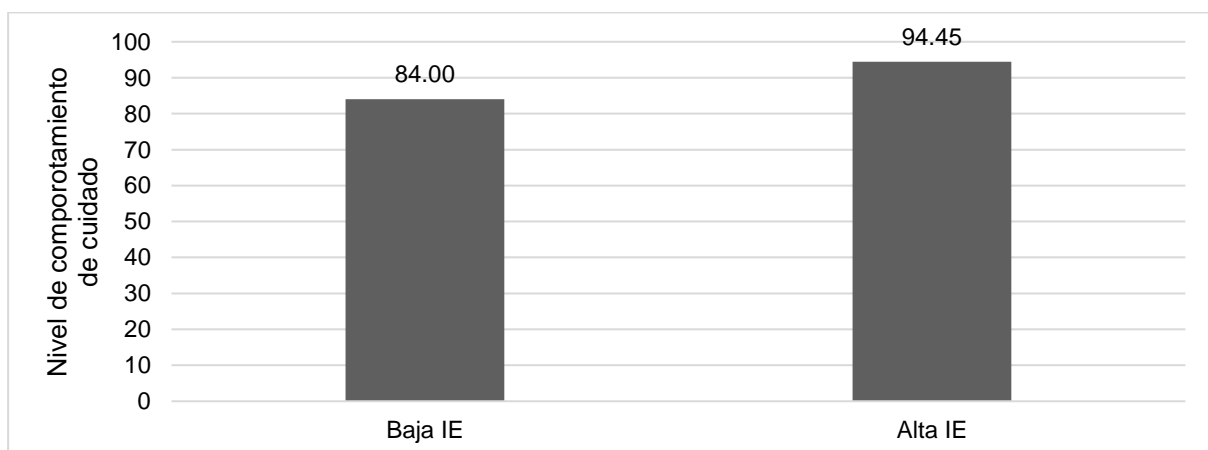


Figura 14 Nivel de comportamiento de cuidado para participantes con IE bajo e IE alto

También se contrastó el nivel de comportamiento de cuidado entre alta y baja IE para cada una de las dimensiones de la variable. La Figura 16 presenta la diferencia entre alta y baja IE para el nivel de cuidado clínico. En este caso la diferencia solo fue de 2.65 puntos, es decir, el impacto de la IE sobre el cuidado clínico es menor que el impacto sobre todo el nivel de comportamiento de cuidado.

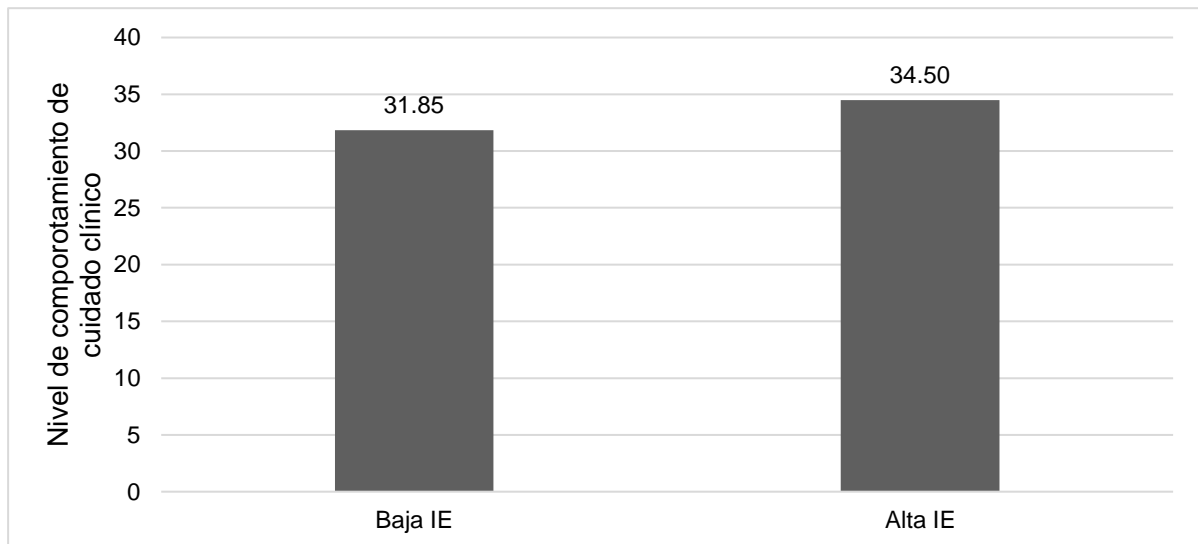


Figura 15 Nivel de comportamiento de cuidado clínico para participantes con IE bajo e IE alto

En el nivel de comportamiento de cuidado relacional se encontró una diferencia más grande, aquellos con una IE baja reportaron un nivel de cuidado relacional de 23.62 puntos, mientras que un alta IE se reportó 29.35 puntos, dando una diferencia de 5.73 puntos, mayor que en la dimensión de cuidado clínico (Figura 17).

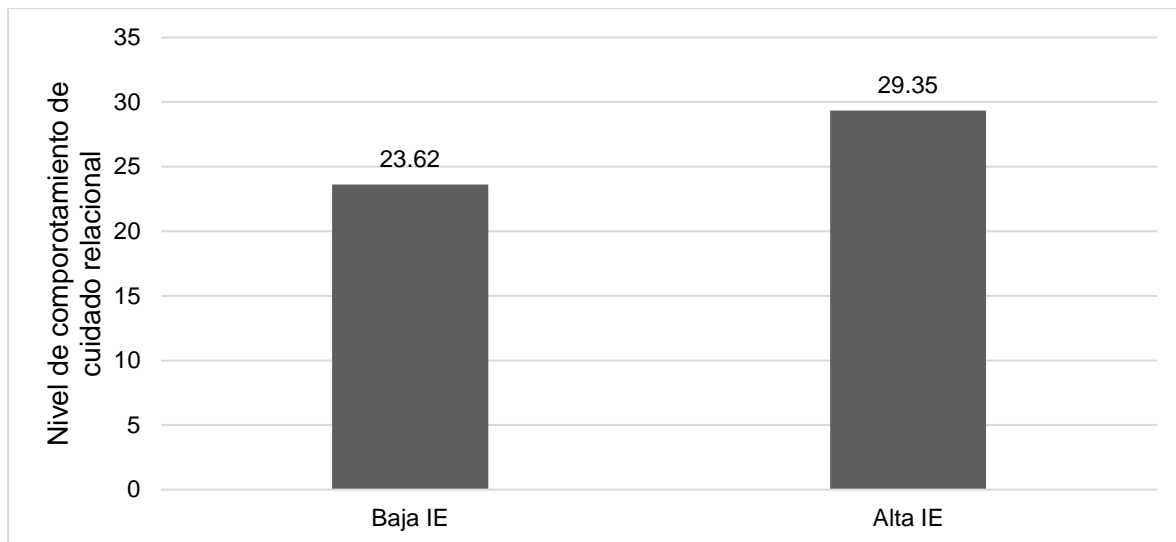


Figura 16 Nivel de comportamiento de cuidado relacional para participantes con IE bajo e IE alto

Para el nivel de comportamiento humano se encontró una diferencia menor. Los profesionales sanitarios con baja IE reportaron un nivel de cuidado de 15.77, mientras aquellos con alta IE reportaron 16.65, dando como resultado una diferencia de menos de un punto, 0.88 (Figura 18), esta diferencia fue aún menor que en el cuidado clínico.

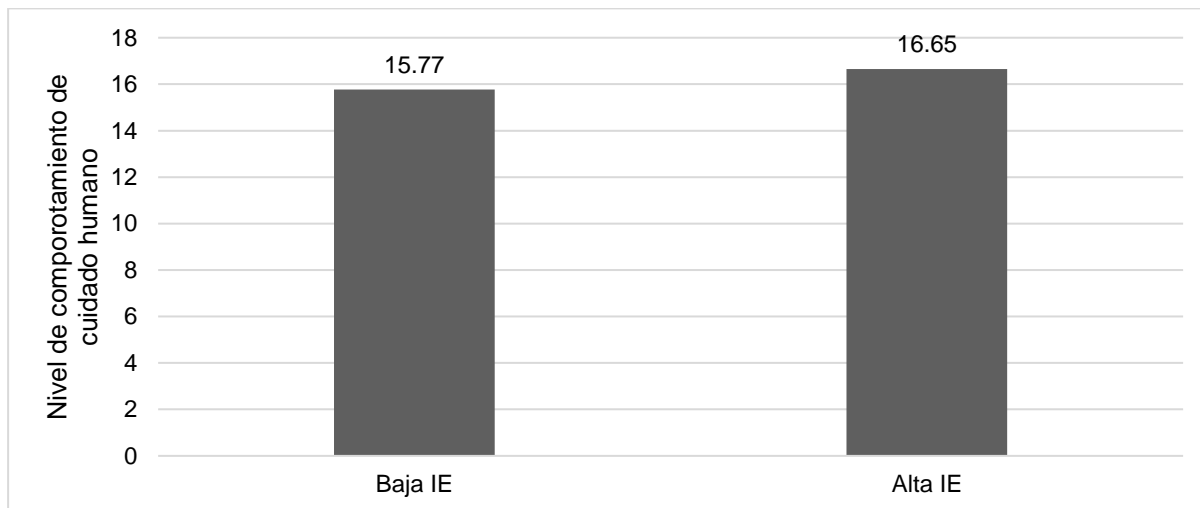


Figura 17 Nivel de comportamiento de cuidado humano para participantes con IE bajo e IE alto

Finalmente, para el nivel de comportamiento de comodidad se encontró también una diferencia menor. Los profesionales sanitarios con baja IE reportaron un nivel de cuidado de 12.77, mientras aquellos con alta IE reportaron 13.95, dando como resultado una diferencia de 1.18 (Figura 19)

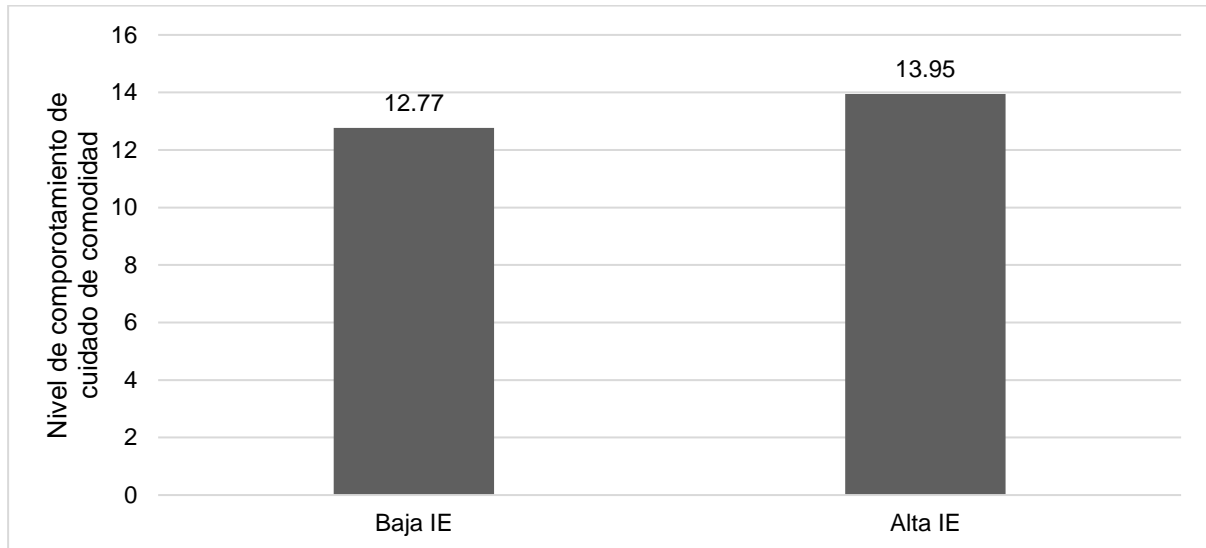


Figura 18 Nivel de comportamiento de cuidado de comodidad para participantes con IE bajo e IE alto

Resumen del capítulo

El presente capítulo desarrolló la metodología y resultados obtenidos tras aplicar el cuestionario de inteligencia emocional y el CP-22 de Cossette. Se eligió una metodología cuantitativa, y el instrumento de medición para la variable IE fue el diseñado por Mayer y Solvey, mientras que para comportamiento de cuidado fue el instrumento de Conner (2006). Tras los análisis realizados, se pudo concluir que:

- Las mujeres presentaron niveles más bajos en la IE sobre todo en las dimensiones de atención a las emociones.
- La IE afecta al nivel de comportamiento de cuidado. Aquellos que reportaron alta IE también reportaron mayores niveles de cuidado en todas las dimensiones de esta variable.
- Los efectos de la IE son especialmente mayores en la dimensión de cuidado relacional,

es decir, en aspectos como ayudar a los pacientes a comprender su enfermedad, encontrar un equilibrio en su vida, entre otros.

- El efecto menor de la IE se encontró en el cuidado humano, es decir, los profesionales sanitarios, aún cuando no presenten altos niveles de IE podrían tener actitudes humanas durante el cuidado de los pacientes.

CAPÍTULO IV

FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES EMOCIONALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS.

Tras corroborar que la inteligencia emocional es un rasgo en los profesionales sanitarios que les permite mostrar mejores y más altos niveles de comportamiento de cuidado con sus pacientes, se propone una serie de estrategias para el desarrollo de habilidades emocionales. Después de una revisión exhaustiva se encontró algunas estrategias propuestas en manuales, artículos y libros. Estas estrategias han sido revisadas por la organización Positive Psychology una empresa holandesa que ha colobardo con grandes corporaciones como Amazon, CNN, Shell, Ford, entre otras, para mejorar los resultados organizacionales a través de su talento humano. La lectura y análisis de diferentes estrategias ayudaron a formular estrategias adaptadas al contexto del Hospital Básico Huaquillas.

Planteamiento de actividades para Inteligencia Emocional

Actividad 1. Construcción de la Conciencia Emocional

Darse cuenta y comprender las emociones en uno mismo se considera uno de los cuatro ingredientes clave de la inteligencia emocional. La atención plena puede ayudar al personal a desarrollar la inteligencia emocional, al aumentar la comprensión de las personas sobre sus propias emociones. Dado que la práctica de la atención plena implica darse cuenta de los pensamientos y sentimientos actuales sin juzgar ni interferir, los profesionales aprenderán a observar diferentes estados emocionales. La atención plena, mostrada como variable en los capítulos anteriores, ayuda a una mayor claridad de los sentimientos, atención a los sentimientos y menor distracción. Así como la inteligencia intelectual se manifiesta a

través de la lectura y el aprendizaje, la inteligencia emocional puede fomentarse atentamente a los estados emocionales actuales.

Para el desarrollo de esta estrategia se utilizará una herramienta desarrollada por Hugo Alberts (PhD) y Lucinda Poole (PsyD). El objetivo de esta herramienta es ayudar a los profesionales a desarrollar su atención a los sentimientos mediante lo que se denomina la meditación *mindfulness*. La investigación relacionada con los beneficios de la *atención plena* o *mindfulness* sobre el bienestar psicológico y una variedad de medidas de rendimiento ha crecido ampliamente durante la última década. El *mindfulness* se define ampliamente como la capacidad de atraer la atención completa a las experiencias que ocurren en el momento presente, sin juzgar o aceptar (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006, p. 27).

Este ejercicio se centra únicamente en la conciencia emocional y, como tal, no guía a las personas a través del proceso de aceptación emocional. En el ejercicio los profesionales serán motivados a prestar atención y conectarse con un estado emocional. El objetivo no es regular o tolerar las emociones, sino ayudar a familiarizarse gradualmente con sus emociones. Como tal, es aconsejable que los participantes elijan conectarse con emociones positivas o neutrales en este ejercicio, en lugar de emociones difíciles o angustiantes.

En algunos casos, los profesionales sanitarios que tienen un bajo nivel de conciencia emocional pueden tener dificultades para encontrar palabras para describir sus emociones o les resulta difícil describir los bordes, los colores y cualquier otra característica de la emoción. Por tanto, el capacitador a cargo debe instruir a este tipo de participantes a adoptar una actitud curiosa al completar este ejercicio. Además, lleva tiempo y práctica aumentar la conciencia emocional.

Descripción de la herramienta

Este ejercicio invita a tomar conciencia de las emociones y representa una oportunidad de conocer realmente las emociones. Al practicar la conciencia emocional de esta manera, se puede construir la inteligencia emocional. A continuación, se presenta los pasos.

Paso 1: Guión de meditación de conciencia emocional

1. Posición sentada cómoda. Ya sea sentado en un cojín en el suelo o en una silla.
Permitir que la columna sea recta y larga, y dejar caer los hombros. Cerrar los ojos suavemente o, si lo prefiere, simplemente mirar hacia abajo con un enfoque suave.
2. Mientras se sienta observe dónde está haciendo contacto su cuerpo: sus pies tocando el suelo, quizás espalda en el suelo, huesos sentados en una silla ...
3. Observar el aliento. Durante las siguientes cinco respiraciones, seguir cada inhalación y exhalación, sintiendo o imaginando la respiración fluyendo dentro y fuera del cuerpo.
4. Ahora, cambiar su conciencia de su respiración a su cuerpo, y comenzar a explorar el cuerpo lentamente de pies a cabeza, observando cualquier sentimiento o emoción que esté presente.
5. Detectar numerosos sentimientos o emociones en todo el cuerpo. Para el propósito de este ejercicio, elegir un sentimiento o emoción para enfocarse por ahora.
6. Detectar características de dicho sentimiento. El participante debe ser capaz de responder las siguientes preguntas:

Tabla 16 *Descripción de sentimiento para herramienta meditación mindfulness*

-
- 1 ¿Qué tan grande o pequeño es el sentimiento?
 - 2 ¿El sentimiento tiene un color? Y si es así, ¿cambia el color o permanece igual?

- 3 ¿El sentimiento es pesado o ligero?
- 4 ¿El sentimiento se está moviendo o está quieto?
- 5 ¿La sensación es dura o suave? ¿Es áspero o liso? Si pudiera tocar este sentimiento con la mano, ¿cómo sería su textura?
- 6 Ahora, si le pusieras un nombre a este sentimiento o emoción, ¿cuál sería?
¿Puedes identificarlo? ¿Puedes darle una etiqueta?

Luego, el participante debe continuar reconociendo esta emoción durante otros cinco minutos más o menos. Cuando sienta que ha alcanzado un nivel de comodidad y comprensión de este sentimiento, abra suavemente los ojos y vuelva su atención a la habitación en la que se encuentra.

Paso 2: Reflexión

Luego se procederá a pasar una hoja a los participantes para que en el espacio escriba sobre su experiencia en el Paso 1 con el mayor detalle posible. Debe escribir sobre su experiencia de esta emoción lo que ayudaría a mejorar su comprensión y familiaridad con ella.

Actividad 2. Decodificar emociones analizando el habla, el cuerpo y la cara

La capacidad de percibir y comprender con precisión las emociones de las personas que nos rodean es un componente central de la inteligencia emocional. *Leer* con precisión las emociones de otras personas juegan un papel clave en la interacción social, ya que facilita la respuesta y el vínculo adecuado. Hay tres formas diferentes de *leer* las emociones de otras personas.

Primero, uno puede tratar de descifrar las expresiones faciales. Investigaciones anteriores han aportado pruebas contundentes de las expresiones faciales universales de siete emociones: ira, desprecio, disgusto, miedo, alegría, tristeza y sorpresa. Esta estrategia resulta

bastante útil para los profesionales sanitarios, ya que mediante esta táctica podrán detectar anticipadamente el estado emocional de los pacientes y actuar acorde al mismo.

Segundo, uno puede intentar *leer* el lenguaje corporal. Hay evidencia que sugiere que numerosas emociones, incluyendo el orgullo, la vergüenza, la ira, el miedo y el asco pueden descifrarse con precisión de pantallas corporales no verbales. Este tipo de decodificación puede resultar útil cuando la enfermera o médico se encuentre más próximo al paciente, en la sala de consulta, o durante la atención. En algunos casos, también podría el profesional decodificar el lenguaje corporal de una persona en específico en la sala de espera.

Tercero, es posible decodificar las emociones observando el habla. Las personas usan cientos, si no miles, de términos semánticos para expresar una amplia variedad de estados emocionales. Además de la información verbal en el habla, las emociones también se expresan por las cualidades no verbales del habla, como el tono, el volumen y la velocidad del habla.

Así, en esta herramienta, los participantes practican la lectura de las emociones de otras personas explorando cada una de estas tres formas de decodificar las emociones. Esta herramienta fue creada por Hugo Alberts (PhD) y su objetivo es aumentar la capacidad de las personas para percibir y comprender con precisión las emociones de los demás.

En la vida diaria, a menudo es difícil verificar si las inferencias de uno con respecto a los sentimientos de otra persona son correctas. Por ello, un aspecto valioso de esta herramienta es la oportunidad para que los participantes verifiquen si sus observaciones son correctas o no.

En especial, en la lectura de las emociones a través del habla, el profesional sanitario requiere la observación de las cualidades verbales y no verbales. Para algunas personas, atender ambos aspectos de la comunicación puede ser demasiado desafiante. Por ello, durante la actividad, el instructor a cargo puede resolver este problema haciendo grupos de cinco

personas, donde el trabajo del decodificador de voz es realizado por dos miembros del grupo; uno centrado en lo verbal y el otro en las características no verbales del discurso.

Alternativamente, el decodificador de voz puede elegir centrarse en una sola característica en lugar de ambas.

En esta herramienta, se requiere una persona que realice la expresión de emociones en los tres ejercicios: rostro, cuerpo y habla. A esta persona, se le pide pasar al frente, también se lo puede denominar como orador, y elijirá una de las siete emociones principales (ira, desprecio, asco, miedo, alegría, tristeza y sorpresa). Para aumentar la dificultad del ejercicio, el instructor también puede pedirle al orador que seleccione descripciones más específicas de las emociones. Se proporciona una lista en el Apéndice B.

Compartir una historia negativa puede hacer que los participantes vuelvan a experimentar una emoción difícil. Se aconseja al instructor que informe a los participantes que deben elegir una emoción que se sientan cómodos compartiendo con el grupo. Además, el instructor debe enfatizar que los participantes pueden detenerse en cualquier momento con el ejercicio.

Descripción de la herramienta

Esta herramienta tiene seis pasos y un paso siete adicional opcional.

Paso 1: presentar el ejercicio

La experiencia de una emoción se refleja en los cambios en el habla, el cuerpo y la cara. Por ejemplo, una persona que experimenta alegría puede hablar en voz alta, hacer muchos gestos y usar palabras positivas como hermosa y emocionante. En la Tabla 17 se proporciona una visión general de los aspectos del habla, cuerpo y rostro que comúnmente están influenciados por nuestras emociones. En este ejercicio, los profesionales sanitarios van a aprender a leer las emociones de sus pacientes. Leer las emociones de los demás implica analizar sus expresiones faciales, así como la forma en que están hablando y moviéndose.

Estas tres características de la expresión emocional (facial, corporal y verbal) operan juntas en lugar de aisladas. Por ejemplo, es poco probable que centrarse solo en palabras para decodificar la emoción de otra persona sea preciso, dado que las señales no verbales modifican, aumentan, ilustran, acentúan y contradicen las palabras que acompañan. Se requiere la integración de expresiones faciales y corporales para capturar la esencia completa de una emoción.

Tabla 17

Descripción de características de expresiones de emociones

Medios de expresión	Descripción
Expresiones faciales	El rostro es un lienzo dinámico en el que las personas muestran sus estados emocionales, y desde el cual descodifican los estados emocionales de los demás. Por ejemplo, una persona sorprendida puede levantar las cejas, abrir mucho los ojos y dejar caer la mandíbula. Cuando surge una sola emoción y el individuo no intenta modificarla u ocultarla, las expresiones faciales generalmente duran entre 0,5 y 4 segundos e involucran toda la cara. La capacidad de percibir y comprender correctamente las emociones de otras personas a través de las expresiones faciales se asocia con una mejor efectividad personal y social, y como tal es un aspecto clave del funcionamiento humano óptimo.
Expresiones corporales	Hay evidencia que sugiere que numerosas emociones, incluyendo el orgullo, la vergüenza, la ira, el miedo y el asco, se pueden descifrar con precisión de las exhibiciones corporales no verbales. El orgullo, por ejemplo, generalmente se señala con un cofre expandido, inclinación de la cabeza hacia arriba y brazos en jarras extendidos desde el cuerpo con las manos en las caderas o levantados por encima de la cabeza con las manos en los puños. Las expresiones corporales de las emociones son universales, se generalizan a través de la raza y las culturas dispares, son reconocidas de manera confiable por los niños pequeños y las personas ciegas las muestran espontáneamente.

Discurso Las personas usan cientos, si no miles, de términos para expresar estados emocionales. En algunos casos, las palabras que se usan apuntan directamente a la emoción que uno está experimentando. Por ejemplo, la experiencia del miedo puede expresarse diciendo "Tengo miedo". En otros casos, se utilizan expresiones figurativas, de modo que, en lugar de nombrar literalmente el estado emocional en el que se encuentra, se basa en metáforas o analogías para expresar su experiencia subjetiva. En el idioma inglés, hay cientos de expresiones lingüísticas comúnmente utilizadas para hablar sobre las emociones. Por ejemplo, "temblando como una hoja", "sintiéndose atrapado" y "golpeando el fondo de la roca". Obviamente, para descifrar con precisión la emoción del lenguaje, uno debe conocer el significado de las palabras o expresiones utilizadas para comunicar una emoción. Obviamente, descifrar las emociones en un idioma no nativo es más difícil que hacerlo en el propio idioma. Además de la información verbal en el habla, las emociones también se expresan por las cualidades no verbales del habla, como el tono, el volumen y la velocidad del habla.

Adaptado de Emotional Intelligence Exercise, Positive Psychology, 2019

Paso 2: crear grupos de cuatro

Dividir grupo de participantes en grupos más pequeños, se recomienda que sean cuatro.

Paso 3: asignar roles

Se debe informar a los participantes que se les asignará un rol a cada uno. Hay cuatro roles diferentes por grupo: el hablante, el decodificador facial, el decodificador corporal y el decodificador de voz. Se deben entregar las descripciones de roles que se muestran a continuación a cada participante. Cada miembro del grupo recibirá las cuatro descripciones de roles porque las descripciones de roles incluyen formularios de puntuación. Cada grupo de cuatro leerá las descripciones de roles y luego organizarán quién desempeñará cada rol entre ellos. Los tres decodificadores usan el formulario en la descripción del rol para escribir sus observaciones. Los cuatro roles son como se describen:

El orador

El orador selecciona una emoción (ver la lista de emociones descritas en la descripción del rol del orador en el Apéndice B) y habla sobre un momento en que él o ella experimentó esta emoción con bastante fuerza. El orador no debe mencionar la emoción que

ha elegido, ya que el trabajo de los observadores es adivinar la emoción seleccionada. La ficha que se entrega para este rol se muestra en la Figura.

Orador:

Usted será el orador. Su trabajo es hablar durante 5 minutos sobre un momento en que experimentó una de las siguientes emociones difíciles: ira, tristeza, miedo, alegría, interés, sorpresa, asco, vergüenza, otros. Tómese un momento para recordar esta situación personal e intente conectarse con la situación y la emoción que experimentó en ese momento tanto como sea posible. Mantenga esta conexión con la experiencia emocional durante los 5 minutos. El trabajo de los otros miembros de tu grupo es adivinar la emoción de la que estás hablando. Por lo tanto, deberías no trate de nombrar la emoción que eligió (eso estropearía el ejercicio), sino concéntrese en describir la situación a mano.

Figura 19 Ejemplo de ficha para entregar a participantes de la actividad. Rol orador

El decodificador facial

El decodificador facial observa cuidadosamente las expresiones faciales del hablante para descifrar la emoción de la que se habla. Por ejemplo, ¿se abren los ojos del orador con sorpresa o se caen de tristeza? La ficha que se le entregará será la siguiente.

Decodificador facial

En unos momentos, uno de los miembros de su grupo compartirá una historia personal. Llamamos a esta persona "el orador". El orador hablará sobre una situación pasada personal que evocó una emoción particular (desconocida para usted) en él o ella. Mientras el orador comparte esta historia, es su trabajo observar cuidadosamente sus expresiones faciales. Por ejemplo, puede notar que los ojos del hablante están bien abiertos, los labios están tensos y las mejillas sonrojadas. Escriba cada signo facial de la emoción que nota durante la historia del orador en el área de puntuación a continuación, y luego adivine de qué emoción eligió hablar el orador.

Elemento	Descripción
Ojos	
Párpados	
Cejas	
Fosas nasales	
Boca	
Labios	
Otros	
Las emociones del expositor son:	

Figura 20 Ejemplo de ficha para entregar a participantes de la actividad. Rol orador

El decodificador corporal

El decodificador corporal observa cuidadosamente los movimientos corporales del hablante para descifrar la emoción de la que se habla. Por ejemplo, ¿cómo usa el hablante sus

manos para gesticular mientras habla y cómo es su postura? La ficha que se le entregará será la siguiente.

Decodificador corporal

En unos momentos, uno de los miembros de su grupo compartirá una historia personal. Llamamos a esta persona "el hablante". El orador hablará sobre una situación pasada personal que evocó una emoción particular (desconocida para usted) en él o ella. Mientras el orador comparte esta historia, es su trabajo observar cuidadosamente sus expresiones corporales. Por ejemplo, puede notar que el hablante tiene una postura caída, una mirada hacia abajo y un cofre cerrado. Escriba cada signo corporal de la emoción que nota durante la historia del orador en el área de puntuación a continuación, y luego haga una suposición informada sobre qué emoción eligió hablar el orador.

Elemento	Descripción
Cabeza	
Hombros	
Pecho	
Brazos	
Manos	
Piernas	
Otros	
Las emociones del expositor son:	

Figura 21 Ejemplo de ficha para entregar a participantes de la actividad. Rol decodificador corporal.

El decodificador de voz

El decodificador de voz observa cuidadosamente cómo habla el hablante para descifrar la emoción de la que se habla. El decodificador de voz se centra en las características verbales y no verbales del habla. Por ejemplo, ¿qué tipo de palabras usa el hablante (fuerte, audaz, positivo, negativo) y cómo se refleja la emoción en el tono, el volumen y la velocidad del habla del orador? La ficha que se le entregará será la siguiente.

Decodificador de voz

En unos momentos, uno de los miembros de su grupo compartirá una historia personal. Llamamos a esta persona "el hablante". El orador hablará sobre una situación pasada personal que evocó una emoción particular (desconocida para usted) en él o ella. Mientras el orador comparte esta historia, es su trabajo observar cuidadosamente su discurso, incluyendo tanto lo que se está diciendo (por ejemplo, puede notar que el orador está usando palabras de señalización y términos como "Me sentí atrapado" o "Estaba en un alto ") y cómo se dice (es decir, ¿el hablante habla rápido, alto o bajo, y con un tono alto o bajo?). Escriba cada signo verbal de la emoción que nota durante la historia del orador en el área de puntuación a continuación, y luego haga una suposición informada sobre qué emoción eligió hablar el orador.

Elemento	Descripción
Palabras	
Tono de voz	
Volumen	
Velocidad del habla	
Otros	
Las emociones del expositor son:	

Figura 22 Ejemplo de ficha para entregar a participantes de la actividad. Rol decodificador corporal

Paso 4: comenzar la conversación

Anunciar a todos que el orador tiene cinco minutos para compartir su historia emocional. Tener en cuenta que se debe aconsejar a los decodificadores que limiten su interacción con el altavoz tanto como sea posible, ya que esto puede interferir con su observación. Por lo tanto, los decodificadores simplemente deben observar sin responder al hablante y escribir sus observaciones en el espacio provisto en las fichas.

Paso 5: compartir observaciones

Después de cinco minutos, cuando el orador termina, los decodificadores se turnan para compartir sus observaciones con su grupo. Toma hasta 10 minutos para este paso. Las siguientes preguntas pueden usarse para guiar este paso:

- ¿Cuáles fueron las observaciones del decodificador facial?
- ¿Cuáles fueron las observaciones del decodificador del cuerpo?
- ¿Cuáles fueron las observaciones del decodificador de voz?
- ¿Cuál pensó cada uno de los decodificadores que era la emoción elegida por el hablante?
- ¿Cuál fue la emoción real elegida por el hablante?

El instructor puede decidir reservar más tiempo para el paso 5 (compartir observación) para que los participantes puedan beneficiarse al máximo de la oportunidad de verificar sus observaciones.

Paso 6: evaluación del ejercicio

Evaluar el ejercicio con todos los participantes. Las siguientes preguntas pueden servir de guía:

- ¿Cómo fue hacer este ejercicio?

- ¿Qué aspectos fueron desafiantes?
- ¿Qué aprendiste?
- ¿Cuál es su mensaje para llevar a casa?

Paso 7 opcional: cambiar roles

Como siguiente paso opcional, se puede hacer que los participantes dentro de sus grupos más pequeños cambien los roles para que cada persona desempeñe cada rol una vez (es decir, cada persona es el orador una vez, cada persona es el decodificador de la cara una vez, y así sucesivamente). Se aconseja al instructor que establezca un temporizador para que los participantes estén informados sobre cuándo cambiar de roles. La duración total de esta parte del ejercicio es de 20 minutos.

Actividad 3. Identificando falsas creencias sobre las emociones

Muchas personas tienen creencias implícitas sobre las emociones. Estas creencias operan fuera de la conciencia consciente y determinan fuertemente la forma en que las personas manejan sus emociones.

Primero, las personas tienen creencias sobre la *aceptabilidad* de las emociones. Las personas varían en el grado en que creen que experimentar y expresar sentimientos negativos es aceptable. Se ha sugerido que las creencias sobre la inaceptabilidad de experimentar o expresar pensamientos y emociones negativas desempeñan un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de problemas clínicos y pueden asociarse con un peor pronóstico y resultado del tratamiento.

Estas creencias pueden llevar a evitar las emociones, lo que impide que el individuo desarrolle autoconciencia y autocomprensión y, por lo tanto, la capacidad de cuidarse adecuadamente. Interactuar en un ambiente donde la expresión de dificultades o sentimientos negativos llevan a una falta de simpatía, crítica o poco apoyo entre compañeros, es una posible causa para el desarrollo de creencias sobre la inaceptabilidad de las emociones.

Las personas también pueden tener creencias sobre la maleabilidad de la emoción. Por ejemplo, uno puede creer que no importa cuánto lo intente, uno realmente no puede cambiar las emociones. Es probable que esta creencia de que las emociones estén fuera del control personal resulte en menos esfuerzos para regular la emoción.

Para ayudar a los profesionales a aceptar sus emociones y ser capaces de mostrarlas se utilizará una herramienta creada por Hugo Alberts (PhD) y Lucinda Poole (PsyD). Este ejercicio está diseñado para ayudar a los participantes a descubrir creencias disfuncionales o falsas sobre las emociones.

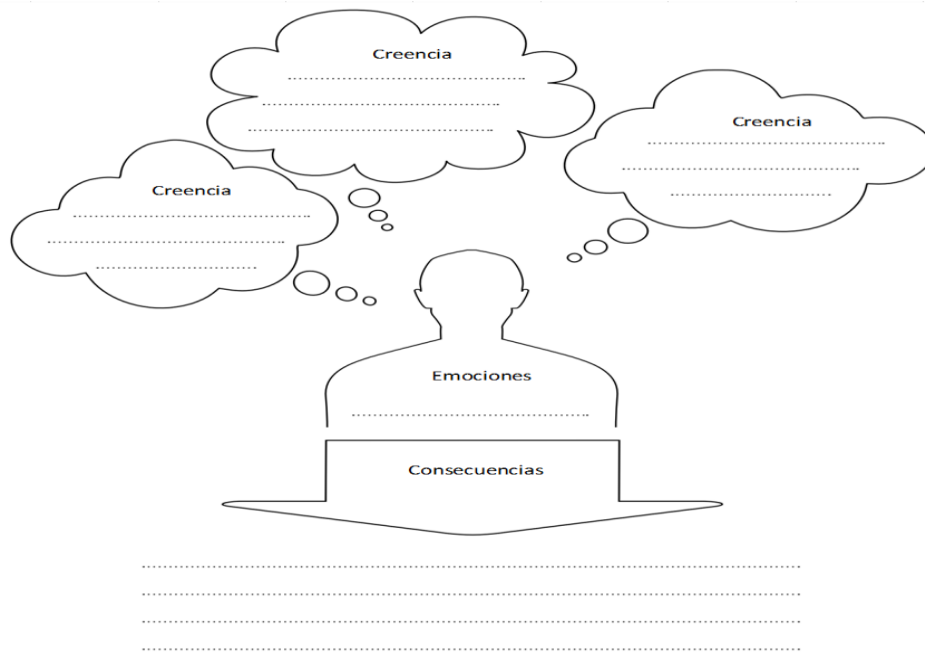
Es esencial recordar a los participantes que no deben culpar a nadie por las falsas creencias que tienen sobre las emociones. Infórmeles que a los padres, abuelos, hermanos y maestros probablemente se les dijeron los mismos mensajes disfuncionales.

Este ejercicio se puede completar varias veces con diferentes emociones, ya que las personas pueden tener diferentes creencias sobre diferentes estados emocionales. El participante puede beneficiarse al completar el ejercicio con cada uno de sus principales estados emocionales problemáticos, para obtener una comprensión profunda de las creencias centrales y las consecuencias asociadas con cada emoción. También puede ser interesante completar el ejercicio con una emoción positiva; es probable que el participante tenga creencias básicas adaptativas sobre los estados emocionales positivos, lo que conduce a resultados adaptativos.

En este ejercicio, se utilizará la hoja de trabajo denominada *Core Beliefs About Emotions (Valores y creencias sobre las emociones)* está diseñada para imprimirse y llevarse a la sesión, de modo que los participantes puedan completarla ellos mismos. Esto ayuda a aumentar la participación del participante en la actividad, así como la autonomía y el empoderamiento. El formato se presenta en la Figura X. Mientras, en la Figura X se presenta un ejemplo de una hoja de trabajo completada. Esto puede ser útil para los participantes que

tienen dificultades para comprender el ejercicio o no comprendan a qué se refiere con *Core Beliefs*.

Figura 23
Hoja de trabajo Core Beliefs About Emotions (Valores y creencias sobre las emociones)



Modelo: adaptado de Emotional Intelligence Exercise, Positive Psychology, 2019

Descripción de la herramienta

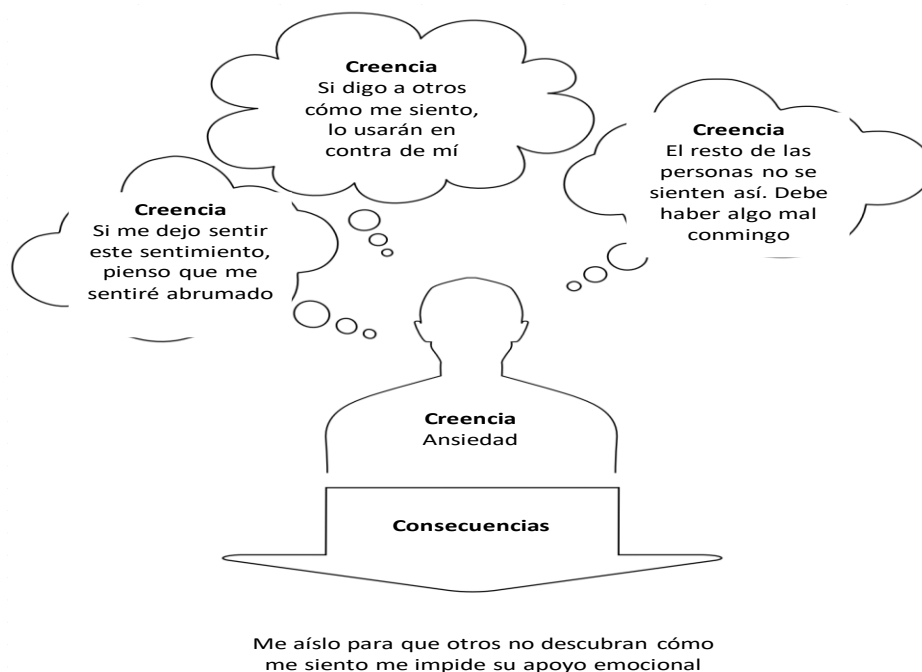
En este ejercicio, se examinan los supuestos básicos sobre las emociones de cada participante; es decir, lo que las emociones significan para cada persona, lo que significa expresarlas y lo que sucedería si se permitiera sentir emociones particulares. El propósito de esto es descubrir cualquier creencia falsa o engañosa que tenga que pueda tener un impacto negativo en su bienestar.

Paso 1: elegir una emoción difícil

Para el propósito de este ejercicio, se debe elegir una emoción difícil en particular para trabajar. Quizás se elija un estado emocional como por ejemplo sentirse ansioso por un evento próximo, o arrepentido por una transgresión reciente. Luego se procede a escribir la emoción

con la que ha elegido trabajar en el centro de la persona descrita en la hoja de trabajo de Creencias básicas sobre las emociones (Figura X).

Figura 24
Hoja de trabajo Core Beliefs About Emotions (Valores y creencias sobre las emociones) completada



Adaptado de Emotional Intelligence Exercise, Positive Psychology, 2019

Paso 2: descubrir falsas creencias centrales sobre la emoción

Los participantes deben leer la siguiente lista (Tabla X) de creencias falsas comunes sobre las emociones y ver cuáles coinciden más con él/ella. Luego, colocar una marca de verificación al lado de esas declaraciones que suenen verdaderas. Se debe prestar especial atención a aquellos que suenan familiares, ya que estos pueden ser pensamientos que existen fuera de su conciencia. También pueden agregar cualquier creencia personal que no esté en la lista al final. Luego, escribir las creencias centrales sobre las emociones en las burbujas de pensamiento esbozadas en la hoja de trabajo Core Beliefs About Emotions (Figura X).

Tabla 18 *Creencias falsas comunes sobre las emociones*

Creencias sobre las emociones	Check
Si pierdo el control de mis emociones frente a los demás, pensarán menos de mí.	
Debería poder controlar mis emociones.	
Si me permito sentir esta emoción, me sentiré abrumado.	
Si les digo a los demás cómo me siento, lo usarán contra mí.	
Si les digo a los demás cómo me siento, pensarán que soy débil.	
Otras personas no se sienten así. Debe haber algo mal conmigo.	
Solo una persona inmadura se volvería tan emocional.	
Debería poder afrontar las dificultades por mi cuenta sin recurrir a otros para que me ayuden.	
Para ser aceptable para los demás, debo guardarme cualquier dificultad o sentimiento negativo.	
Este estado emocional no es una respuesta normal; Tengo que deshacerme de eso.	
Una persona feliz no se sentiría así.	
Esa persona respondió de manera diferente que yo, por lo tanto, mi reacción emocional es incorrecta.	
Si me dejo sentir este dolor, me matará.	
Dejarme sentir mal significaría caer en pedazos, ser un desastre total o revolcarse en la autocompasión.	
Si muestro signos de debilidad, otros me rechazarán.	
Ser adulto significa no dejarse llevar por la emoción; ¡Se supone que soy racional!	
Mostrar mis emociones a los demás me hace ver como una "reina del drama".	
Soy estúpido por sentirme así. ¡Debería aguantarlo!	

No debería permitirme ceder ante estos sentimientos.	
--	--

Paso 3: Explorar las consecuencias de mantener estas creencias

Luego se tendrá que explorar qué sucede como consecuencia de mantener estas creencias sobre las emociones. ¿Qué impacto tienen estas creencias en cómo se siente, se comporta y habla consigo mismo cuando se enfrenta a esta emoción? Escribir tantos resultados (positivos y negativos) como se le ocurran en la sección Consecuencias de la hoja de trabajo Creencias básicas.

Paso 4: evaluación

Se puede discutir lo siguiente:

- ¿Cómo fue hacer este ejercicio?
- Mirando las consecuencias de la parte del ejercicio, ¿qué tan adaptativo es para usted tener tales creencias sobre sus emociones?
- ¿Qué fue fácil o difícil sobre el ejercicio?
- ¿Qué conocimientos ha adquirido sobre sus creencias sobre las emociones?

Recursos y logística para la realización del taller

Para la ejecución de este taller es necesario contratar un profesional en el tema. En particular sería deseable contratar a un profesional de la compañía o similares de Positive Psychology. Por otro lado, es necesario contemplar la inversión del tiempo que los profesionales deberán asistir al taller. En las actuales circunstancias, se podría desarrollar el taller de manera virtual, a manera de webinar. Sin embargo, la coordinación del horario debe ajustarse a la disponibilidad de los 33 profesionales en enfermería que trabajan en el Hospital Básico Huaquillas.

Para la propuesta se eligió la opción de realizar el taller de manera online. Dado que son 80 profesionales se podría programar tres sesiones, para lograr una participación plena de cada profesional. Es necesario también corroborar que los participantes dispongan de los recursos necesarios, tales como computador con acceso a cámara para conectarse y una velocidad de internet adecuada. Además de manera online, el costo de impresión de las fichas a entregar se suprimirá.

Un lado negativo a considerar es que a través del medio virtual la lectura de emociones puede resultar un poco más complicada que presencialmente. Por lo que se puede realizar un plan piloto con un primer grupo para posteriormente observar los comentarios y resultados y decidir si en el futuro se realizará el taller en la misma versión online o es necesario realizar presencialmente.

A continuación, se presenta el cronograma para la ejecución de la prueba piloto.

Tabla 19

Cronograma de la propuesta

Actividades	ago-20				sep-20				oct-20				nov-20			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Inscripción de profesionales sanitarios interesados para prueba piloto de taller virtual.																
Revisión de los recursos disponibles de participantes: internet y acceso a computador con cámara.																
Confirmación de participación de los profesionales elegidos																
Definición de horarios de acuerdo a disponibilidad de participantes																
Compra de una licencia para plataforma (Zoom)																

Búsqueda y cotización de expertos para la realización del curso																
Ejecución del prueba piloto																
Diseño de encuesta para comentarios y resultados de prueba piloto																
Envío de encuestas a profesionales sanitarios participantes																
Análisis de la información																
Decisión respecto a la modalidad del taller																
Inicio de diseño del curso para todo el personal																

Respecto a los recursos financieros, si el taller se realiza de manera online el mayor costo estaría vinculado al recurso humano con la contratación del experto que realice los talleres, sin embargo, se anexa costos respecto a recursos tecnológicos para implementar la metodología virtual. La Tabla 20 presenta un resumen de los costos.

Tabla 20

Descripción de costos del taller

Detalle	Valor
Honorarios de expertos	\$ 800,00
Licencia Zoom x 2	\$ 30,00
Computador portatil	\$ 1200,00
Diseño de Plantillas	\$ 60,00
Paquete de office	\$ 90,00
Total:	2180,00

Conclusiones

El presente estudio analizó la inteligencia emocional en conjunto con otra variable relevante para los rasgos de los profesionales sanitarios que refiere al comportamiento de cuidado al paciente. La teoría revisada respalda el hecho de que la inteligencia emocional puede impactar sobre diferentes actitudes de los trabajadores de la salud tales como el cuidado al paciente, la seguridad del paciente, el trato al paciente, entre otros.

El modelo utilizado en este trabajo para el análisis de la IE fue el conocido de los autores Salovey y Mayer, donde la IE tiene tres componentes: atención a las emociones, reparación y claridad de las emociones. Mientras que para el comportamiento de cuidado se utilizó el marco teórico de Conner (2006) donde se establecen cuatro componentes de cuidado: clínico, humano, relacional y de comodidad y privacidad.

El marco referencial ayudó a evidenciar la relevancia del tema de IE en la actualidad. Se encontraron varios estudios que analizan las variables propuestas en esta investigación, y en varios casos, se analizan específicamente en el contexto de las instituciones de salud. Así, fue evidente que la IE es un tema pertinente de consideración entre los profesionales salubristas.

La literatura además respalda la metodología planteada la cual fue cuantitativa, a través de aplicación de encuesta online. Se encuestaron un total de 33 profesionales sanitarios. Los resultados revelan que las mujeres reportaron niveles más bajos de inteligencia emocional, sobretodo en la dimensión atención a las emociones. Lo que sugiere que las mujeres podrían preferir ignorar ciertas emociones.

Los resultados también permitieron corroborar la hipótesis de estudio referente a la relación entre IE y comportamiento de cuidado. Para ello, se separaron dos grupos de profesionales sanitarios: uno con profesionales con alta IE, y otro con profesionales bajos en

IE. Se observó que en el grupo de profesionales con baja IE los niveles de comportamiento de cuidado fueron más bajos en todas las dimensiones. Sobre todo, la mayor diferencia se observó en el comportamiento relacional. Mientras, la menor diferencia se registró en el cuidado humano.

Con el respaldo de los resultados, se propuso la realización de un taller que permita mejorar el componente de IE en los profesionales del Hospital Básico Huaquillas. Se realizó una consulta amplia para determinar qué tipo de estrategias existen para mejorar la IE en las personas. Tras esta revisión se identificaron tres formas de lograrlo: (a) Construcción de la Conciencia Emocional (b) Decodificar emociones analizando el habla, el cuerpo y la cara (c) Identificar falsas creencias sobre las emociones. Para cada uno de estas estrategias, se presentan herramientas y una descripción detallada de como ejecutarlas.

Finalmente, en la propuesta, dadas las actuales circunstancias se propone realizar una prueba piloto del taller en formato online. Para así corroborar que el taller es o no efectivo en esta modalidad, la cual puede resultar de interés y fácil acceso para los profesionales de la salud en el Hospital Básico Huaquillas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en el Hospital Básico Huaquillas se difunda mediante diversos medios como correos, poster en el lugar de trabajo o celulares, la importancia de desarrollar inteligencia emocional. Así mismo, se recomienda que dentro de la institución se trabaje instaurando una cultura donde toda la esfera humana de los trabajadores sea considerada y se realicen distintas actividades que permitan una preocupación por el bienestar de los trabajadores.

También, se recomienda que la institución desarrolle otros talleres o seminarios en la modalidad virtual. La ejecución de la propuesta de este trabajo puede resultar una motivación para futuros talleres en otros temas de relevancia para los profesionales del Hospital en Huaquillas.

Así también, se recomienda que los instrumentos utilizados en este estudio sean aplicados en otras instituciones con el fin de contrastar los resultados obtenidos. También se sugiere futuros estudios que analicen con mayor profundidad el género y su relación en la IE ya que en esta investigación se encontró una diferencia importante entre hombres y mujeres.

Este trabajo pone de manifiesto la importancia de la IE en el contexto laboral, por lo que se propone realizar estudios similares en otros sectores y empresas. Así como, en diferentes áreas del sector de la salud.

REFERENCIAS

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing, 30*(1), 24-32.
- Birks, Y. F., & Watt, I. S. (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal society of medicine, 100*(8), 368-374.
- Cascio, M. I., Magnano, P., Parenti, I., & Plaia, A. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Health Care Professionals Burnout. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences, 3*(2), 8-16.
- Cossette, S., Pepin, J., Coté, J. K., & De Courval, F. P. (2008). The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse–Patient Interaction Short Scale. *Journal of Advanced Nursing, 61*(6), 699-710.
- Dhani, P., & Sharma, T. (2016). Emotional Intelligence: History, Models and Measures. *International Journal of Science Technology and Management, 5*(7), 189-201.
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N., & Sáez-Carrillo, K. (2015). A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Revista latino-americana de enfermagem, 23*(1), 139-147.
- Esmaiel, M., & Azodi, P. (2014). Nurse caring behaviors from patients' and nurses' perspective: a comparative study. *European Online Journal of Natural and Social Sciences, 3*(4), pp-1010.
- Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V. (2019). Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 8*(2), 33-56.

- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing inquiry*, 11(2), 91-98.
- Gobierno Autónomo Descentralizado de Huaquillas (2016). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Huaquillas. Obtenido de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/0760000690001_PDyOT%20HUAQUILLAS%20FINAL_15-04-2016_12-27-36.pdf
- Goleman, D. (1990). *La Inteligencia Emocional*, Madrid, Ed. Kairós.
- Goleman, D., Boyatzis, R. E., & McKee, A. (2002). The new leaders: Transforming the art of leadership into the science of results.
- Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngäs, H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of advanced nursing*, 27(5), 927-932.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Cantón Huaquillas. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantonales/El_Oro/Fasciculo_Huaquillas.pdf
- Juárez-Rodríguez, P. A., & García-Campos, M. D. L. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(2), 109-111.
- Karaöz, S. (2005). Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, 25(1), 31-40.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. E. (2014). Emotional rescue: The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 176-186.

- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3192-3202.
- Liu, Y., Avant, K. C., Aunguroch, Y., Zhang, X., & Jiang, P. (2014). Patient outcomes in the field of nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 69-74.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and personality*, 17(1), 3-13.
- Montes-Berges, B., & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International journal of nursing studies*, 80, 106-117.
- Oskouie, F. H., Rafii, F., & Nikraves, M. (2006). Major Determinants of caring behavior. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 6-16.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., & Cunha, M. P. (2010). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, 30(9), 1419-1437.
- Salimi, S., & Azimpour, A. (2013). Determinants of Nurses' Caring Behaviors (DNCB): Preliminary Validation of a Scale. *Journal of caring sciences*, 2(4), 269-278.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Taguri, A. (2008). Essential concepts in modern health services. *Libyan Journal of Medicine*, 3(3), 1-12.

- Vandewaa, E. A., Turnipseed, D. L., & Cain, G. (2016). Panacea or placebo? An evaluation of the value of emotional intelligence in healthcare workers. *Journal of health and human services administration*, 438-477.
- Vega, J., Bello, Z., Medina, J., & Alfonso, A. (2019b). Un estudio de las competencias emocionales en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí. *Revista Científica Sinapsis*, 1(14), 1-12.
- Vega, J., Bello, Z., Medina, J., & Alfonso, A. (2019a). La ciencia y las competencias emocionales en el proceso de inserción laboral de los profesionales de medicina y enfermería de la Universidad Técnica de Manabí en Ecuador. *Revista Cubana de Educación Superior*, 38(2).
- Vega, J., Bello, Z., Medina, J., & Alfonso, A. (2019c). Las competencias emocionales son necesarias para el desempeño exitoso de Médicos y Enfermeros. Una valoración de los empleadores, profesionales y estudiantes de Manabí, Ecuador. *Revista San Gregorio*, (29).
- Villacreces, J. A., & Achi, V. H. (2017). Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo. *Revista publicando*, 4(11 (1)), 162-181.
- Vlachou, E. M., Damigos, D., Lyrakos, G., Chanopoulos, K., Kosmidis, G., & Karavis, M. (2016). The relationship between burnout syndrome and emotional intelligence in healthcare professionals. *Health Science Journal*, 10(5), 1-9.
- Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghani, F. (2015). Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(2), 214-220.

Apéndices

Apéndice A. Encuesta online aplicada

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Estimado Sr. / Sra., la presente encuesta es parte de un proyecto de investigación destinado a evaluar la inteligencia emocional en el personal de enfermería del Hospital Básico Huaquillas.

Su participación es **IMPORTANTE**, por ello se solicita responder de acuerdo a su realidad, no existen respuestas malas ni buenas. La encuesta es anónima, y los resultados de la investigación tienen fines únicamente **ACADÉMICOS**.

De antemano, muchas gracias!

***Obligatorio**

Sexo *

Hombre

Mujer

Estado civil *

- Soltero
- Divorciado
- Viudo
- Casado
- Unión libre

Número de hijos *

- Ninguno
- Un hijo
- Dos hijos
- Tres o más hijos

Edad *

Tu respuesta _____

Profesión *

- Enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Otro: _____

Tiempo que labora en esta institución *

- Menos de un año
- Un año
- Entre dos a tres años
- Entre cuatro a seis años
- Entre seis a diez años
- Más de diez años

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta. *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Presto mucha atención a los sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo pienso en mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presto mucha atención a cómo me siento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo claros mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casi siempre sé cómo me siento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre puedo decir cómo me siento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.

Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.

Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.

Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.

Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.

Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.

Tengo mucha energía cuando me siento feliz.

Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.

A continuación responder los siguientes reactivos. 1: Nunca; 2: Casi nunca; 3: A veces; 4: Casi siempre; 5: Siempre *

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Conozco cómo brindar el tratamiento a los pacientes (colocar inyecciones, sueros, vendajes, etc).

Conozco cómo operar los equipos médicos necesarios para el tratamiento del paciente (monitores, respiradores, mascarillas, trajes).

Reviso que los medicamentos asignados reduzcan los síntomas del paciente (náusea, dolor, constipación, ansiedad, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doy indicaciones al paciente y los medios para tratar su enfermedad y prevenir efectos secundarios asociados con su medicación o tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé como actuar en situaciones donde se debe reaccionar rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda a los pacientes con los cuidados que no pueden administrarse a sí mismos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demuestro mi habilidad en la manera que interviengo en mis pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les doy la oportunidad a mis pacientes de autocuidarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudo a mis pacientes a encontrar cierto equilibrio o balance en sus vidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ayudo a mis pacientes a explorar la importancia de sus vidas

Ayudo a mis pacientes a entender que les gustaría que sus amigos o familiares les brindaran

Ayudo a mis pacientes a entender el significado que les da a su vida su condición de salud

Ayudo a mis pacientes a reconocer medios para resolver sus problemas eficientemente.

Ayudo a mis pacientes a ver las cosas desde un punto de vista diferente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudo a mis pacientes a identificar las consecuencias de sus comportamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a mis pacientes como individuos, les demuestro que estoy más interesada más allá de sus problemas de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Animo a mis pacientes a tener fe, cuando es apropiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfatizo la importancia del esfuerzo de mi paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No demuestro una actitud de desaprobación o rechazo a mi paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respeto la privacidad de mi paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomo en cuenta las necesidades básicas de mis pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doy a mis pacientes su tratamiento y medicación en el horario adecuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice B. Lista de emociones

Enojo	furia, indignación, ira, irritabilidad, hostilidad, resentimiento y violencia
Tristeza	pena, tristeza, melancolía, desesperación, soledad y depresión.
Miedo	ansiedad, aprensión, nerviosismo, temor, susto y pánico.
Alegría	disfrute, felicidad, alivio, dicha, deleite, orgullo, emoción y éxtasis
Interés	aceptación, amabilidad, confianza, afecto, amor y devoción
Sorpresa	conmoción, asombro, asombro y asombro.
Disgusto	desprecio, desdén, aversión, disgusto y repulsión
Vergüenza	culpa, vergüenza, disgusto, remordimiento, arrepentimiento y contrición.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza, con C.C: # 0704895127 autor del trabajo de titulación: *La inteligencia emocional del personal de salud como determinante de los comportamientos de cuidado del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Básico Huaquillas*, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de Mayo de 2021

f. _____
Nombre: Gonzalo Leonardo Serrano Espinoza
C.C: 0704895127



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	La inteligencia emocional del personal de salud como determinante de los comportamientos de cuidado del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Básico Huaquillas.	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Serrano Espinoza, Gonzalo Leonardo	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Carrasco Corral, Priscilla Gutierrez Candela, Glenda	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud	
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11-05-2021	No. DE PÁGINAS: 81
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Mental, Cuidados Hospitalarios, Inteligencia emocional.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Inteligencia emocional, comportamiento de cuidado, resultados del paciente, niveles de comportamiento, personal de enfermería.	
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):		
<p>This research work analyzes the effect of a factor such as emotional intelligence on the level of care of the nursing staff of the Huaquillas Basic Hospital, for the development of strategies that optimize patient care on the part of the officials in charge. A quantitative methodology was chosen, as it has more objective and sequential characteristics, which allow the study variables to be measured in a clear and observable way, variables such as emotional intelligence, care behaviors, health care, health planning, and results of the study are established patient. The study population is the levels of emotion intelligence ornal and care behavior of the nursing professionals of the Huaquillas Basic Hospital. The results indicate that women report lower levels of emotional intelligence, especially in the dimension of attention to emotions. In addition, the study hypothesis regarding the relationship between EI and caring behavior is corroborated. For this, two groups of health professionals were separated: one with professionals with high EI, and another with low EI professionals. It was observed that in the group of professionals with low EI the levels of caring behavior were lower in all dimensions.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON	Teléfono:	E-mail: leosedano@hotmail.es

AUTOR/ES:	0988665613	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles	
	Teléfono: +593-9-43804600/ 0997196258	
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	