

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de
Enfermería

Trabajo Final de Graduación en modalidad Tesis para optar por el grado
de Licenciatura en Enfermería

Autores:

Brandon Aguilar Prendas B60151

Cristina Brenes Jara B51210

Comité asesor:

PhD. Noé Ramírez Elizondo, tutor

PhD. Ana Laura Solano López, lectora

MsC. Karol Blanco Rojas, lectora

2021

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **15 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Brandon Nayit Aguilar Prendas**, carné **B60151**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Noé Ramírez Elizondo, Director tesis
Ana Laura Solano López, Lectora
Karol Blanco Rojas, Lectora
Ana Ibis Campos González, Quinto miembro
Vivian Vilchez Barboza, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Brandon Nayit Aguilar Prendas** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Brandon Nayit Aguilar Prendas**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura en Enfermería”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág. 2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

15 de febrero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con Sobresaliente

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **doce** horas.

Noé Ramírez Elizondo, Director tesis

Ana Laura Solano López, Lectora

Karol Blanco Rojas, Lectora

Ana Ibis Campos González, Quinto miembro

Vivian Vílchez Barboza, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO _____





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **15 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Cristina María Brenes Jara**, carné **B51210**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Noé Ramírez Elizondo, Director tesis
Ana Laura Solano López, Lectora
Karol Blanco Rojas, Lectora
Ana Ibis Campos González, Quinto miembro
Vivian Vilchez Barboza, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Cristina María Brenes Jara** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Cristina María Brenes Jara**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura en Enfermería”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con Sobresaliente

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las doce horas.

Noé Ramírez Elizondo, Director tesis

Ana Laura Solano López, Lectora

Karol Blanco Rojas, Lectora

Ana Ibis Campos González, Quinto miembro

Vivian Vílchez Barboza, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO _____



DEDICATORIAS

A mis padres, por haberme brindado todo el apoyo necesario durante estos cinco años de carrera universitaria.

A mi compañera de investigación, por su gran responsabilidad y compromiso, así como por los incontables consejos y momentos compartidos por durante más de cuatro años.

-Brandon Aguilar Prendas.

A mami, papi, Jenny, Marlen y Johnny, por estar siempre y brindarme un apoyo invaluable.

A Brandon, por su apoyo, disciplina y compañía en todo momento.

-Cristina Brenes Jara

AGRADECIMIENTOS

Hay mucho que agradecer a la Universidad de Costa Rica, en especial a la Escuela de Enfermería, por la oportunidad de formación académica y crecimiento personal.

Un agradecimiento al comité asesor conformado por el PhD. Noé Ramírez Elizondo, la PhD. Ana Laura Solano López y la MSc. Karol Blanco Rojas, por sus aportes, recomendaciones y acompañamiento a lo largo de todo el proceso. También a la PhD. Vivian Vílchez Barboza y a la MSc. Ana Ibis Campos González, por su disposición para ser partícipes parte de la defensa de la tesis.

Asimismo, a la MSc. Seidy Mora Quirós, la MSc. Olga Mary Sánchez Charpentier y representantes estudiantiles de primer y cuarto año por su colaboración en el contacto con la población de la investigación.

Al personal del SIBDI, por facilitarnos el material bibliográfico necesario, principalmente en los momentos de virtualidad.

Por último, un especial agradecimiento todas las personas integrantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería por hacer posible la siguiente investigación.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del problema	3
1.2.1. Justificación	3
1.2.2. Tema	7
1.2.3. Pregunta de investigación	7
1.2.3.1. Pregunta General	7
1.2.3.2. Preguntas Específicas	7
1.2.4. Objetivos	8
1.2.4.1. Objetivo General	8
1.2.4.2. Objetivos Específicos	8
1.2.5. Área y línea de investigación	8
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	9
2.1. Marco empírico	9
2.1.1. Antecedentes nacionales	11
2.1.1.1. Inteligencia emocional	11
2.1.1.2. Teoría del cuidado transpersonal	18
2.1.2. Antecedentes internacionales	20
2.1.2.1. Inteligencia emocional	20
2.1.2.2. Teoría del cuidado transpersonal	27
2.2. Marco teórico	32
	vi

2.2.1. Inteligencia emocional	35
2.2.1.1. Origen	35
2.2.1.2. Conceptualización teórica	36
2.2.1.2.1. Percepción emocional	40
2.2.1.2.2. Facilitación emocional	41
2.2.1.2.3. Comprensión emocional	42
2.2.1.2.4. Regulación emocional	43
2.2.1.3. Implicaciones del género/sexo en la inteligencia emocional	45
2.2.2. Teoría del cuidado transpersonal	45
2.2.2.1. Conceptualización teórica	45
2.2.2.1.1 Teoría	45
2.2.2.1.2. Ciencia humana	46
2.2.2.1.3. Cuidado humano	47
2.2.2.1.4. Valores del cuidado	47
2.2.2.1.5. Metafísica	48
2.2.2.1.6. Vida	48
2.2.2.1.7. Dimensión espiritual	49
2.2.2.1.8. Enfermedad	49
2.2.2.1.9. Salud	49
2.2.2.1.10. Propósito	50
2.2.2.1.11. Enfermería	50
2.2.2.1.12. Relación de cuidado transpersonal	51
2.2.2.2. Procesos caritas	52
2.3. Marco conceptual	64
2.3.1. Emociones	64
2.3.2. Empatía	64
2.3.3. Motivación	64
2.3.4. Sentimientos	64
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	65
3.1. Tipo de investigación	65

3.2. Modalidad de la investigación	67
3.3. Población de estudio	67
3.3.1. Muestra	67
3.3.2. Criterios de selección	68
3.3.2.1. Criterios de inclusión	68
3.3.2.2. Criterios de exclusión	68
3.4. Lugar	69
3.5. Variables	69
3.6. Recolección de datos	73
3.6.1. Instrumento de medición	75
3.6.2. Administración del instrumento	81
3.6.3. Manejo de los datos	82
3.7. Análisis de datos	83
3.7.1. Procesamiento de los datos	83
3.7.2. Tipos de análisis	86
3.7.2.1. Análisis estadístico descriptivo por variable	86
3.7.2.2. Análisis comparativo	87
3.8. Reporte del estudio	88
3.9. Consideraciones éticas	90
3.10. Otras consideraciones	94
3.10.1. Filiación de los investigadores	94
3.10.2. Declaración de conflicto de intereses	95
3.10.3. Financiamiento de la investigación	95
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	96
4.1. Resultados sociodemográficos	96
4.2. Resultados del TMMS-24	98
4.2.1. Percepción emocional	101
4.2.2. Comprensión emocional	102
4.2.3. Regulación emocional	103
4.2.4. Comparación de resultados por dimensión de inteligencia emocional	104

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	109
5.1. Análisis de resultados sociodemográficos	109
5.2. Análisis de resultados del TMMS-24	110
5.2.1. Percepción emocional	110
5.2.2. Comprensión emocional	114
5.2.3. Regulación emocional	117
5.2.4. Comparación de resultados por dimensión de inteligencia emocional	121
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	128
6.1. Conclusiones	128
6.2. Limitaciones	130
6.3. Recomendaciones	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	148
Anexo A: Cronograma de trabajo	148
Anexo B: TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)	152
Anexo C: Consentimiento	155
Anexo D: Infografía de resultados	161

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Revisión de referencias	9
Figura 2. Vertebración del índice del marco teórico	33
Figura 3. Vertebración del índice del marco teórico	34
Figura 4. Conceptualización de inteligencia emocional	38
Figura 5. Conceptualización de inteligencia emocional traducida al español	39
Figura 6. Fases de la investigación cuantitativa	66
Figura 7. Fases de la recolección de datos	73
Figura 8. Proceso para efectuar el análisis estadístico	86
Figura 9. Requisitos éticos en una investigación	91
Figura 10. Consentimiento informado	155
Figura 11. Infografía de resultados de la investigación	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de frecuencias relativas de percepción emocional	105
Gráfico 2. Distribución de frecuencias relativas de comprensión emocional	106
Gráfico 3. Distribución de frecuencias relativas de regulación emocional	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de cuidado y procesos caritas	53
Tabla 2. Operacionalización de las variables	70
Tabla 3. Requisitos del TMMS-24	76
Tabla 4. Puntuaciones del TMMS-24	78
Tabla 5. Requisitos del TMMS-24	79
Tabla 6. Requisitos de la validación latinoamericana del TMMS-24	80
Tabla 7. Libro de códigos	83
Tabla 8. Matriz de datos	85
Tabla 9. Reporte de resultados	88
Tabla 10. Distribución de participantes según datos sociodemográficos	97
Tabla 11. Distribución de resultados de cada dimensión de la inteligencia emocional	99
Tabla 12. Distribución de las medidas de tendencia central y de variabilidad	100
Tabla 13. Cronograma de trabajo	148

RESUMEN

Introducción. El presente trabajo final de graduación, en modalidad tesis, tuvo como objetivo analizar la inteligencia emocional en estudiantes primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.

Método. Se empleó el enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo comparativo, y se aplicó el Trait Meta Mood Scale 24 (que contempla las tres dimensiones de la inteligencia emocional) en la población de estudiantes primer y cuarto año de la licenciatura en enfermería de la Universidad de Costa Rica. El tipo de análisis utilizado fue el estadístico descriptivo y comparativo, por medio de la descripción de frecuencias y medidas de tendencia central, y la comparación de resultados entre los dos grupos.

Resultado. Más de la mitad de la población cuenta con resultados adecuados o excelentes para todas las dimensiones, principalmente cuarto año. La dimensión con mayor diferencia entre ambos grupos fue comprensión y regulación emocional. El mejor resultado se ubicó en regulación emocional y el menos favorable en comprensión emocional para primer año y percepción emocional para cuarto año.

Conclusión. La percepción, comprensión y regulación emocional son herramientas fundamentales para la puesta en práctica de los postulados de los procesos caritas. Su desarrollo está relacionado con el nivel de complejidad, siendo regulación y comprensión emocional las que requieren mayor entrenamiento, favorecido por factores como el género/sexo, la edad, los años de preparación universitaria, entre otros. Es esperable que conforme los estudiantes avancen en la carrera mejoren sus habilidades emocionales.

ABSTRACT

Introduction. The next Bachelor's Degree Final Project, in thesis mode, aimed to analyze emotional intelligence in first and fourth year students of the nursing degree, University of Costa Rica, 2020.

Method. The research adopted a quantitative approach and a comparative descriptive scope, and the Trait Meta Mood Scale 24 (which considers the three dimensions of emotional intelligence) was applied in first and fourth year students of the nursing degree at the University of Costa Rica. The analysis was statistical descriptive and comparative, through the description of frequencies and measures of central tendency, and the comparison of results between the two groups.

Result. More than half of the population has adequate or excellent results for all dimensions, mainly fourth year. The dimension with the greatest difference between both groups was understanding and emotional regulation. The best result was in emotional regulation; the worst result in first year students was in emotional understanding and in fourth year students it was in emotional perception.

Conclusion. Perception, understanding and emotional regulation are essential tools to practice the postulates of the caritas processes. Its development is related to the level of complexity, being regulation and emotional understanding those that require more training, favored by factors such as gender / sex, age, years of university preparation, etc. As students advance in career, it is expected to improve their emotional skills.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

La inteligencia, definida como "la capacidad global del individuo para actuar con determinación, pensar racionalmente y tratar eficazmente con su entorno" ¹, no se restringe únicamente a la interpretación y resolución de problemas lógico-matemáticos, sino que también permea las relaciones y las emociones de cada persona. De esta forma, a principios del siglo XX surge el concepto de inteligencia social a manos E. Thordike, con la cual se hacía referencia a la "habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, y actuar sabiamente en las relaciones humanas" ². La idea de distintas inteligencias empezó a ganar popularidad, y para 1983 Howard Gardner plantea la teoría de las inteligencias múltiples ². En 1997, Mayer y Salovey dan a conocer su definición más reciente de inteligencia emocional, la cual surge luego de reformular su teoría original planteada en 1990. Este tipo de inteligencia es definida como "la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual" ³. "Diversos autores afirman que la inteligencia emocional es fundamental para la disciplina enfermera y defienden que es necesario identificar y comprender las emociones propias, así como las emociones de los pacientes y sus familiares para establecer relaciones terapéuticas efectivas. Además, facilita la interacción con otros profesionales de la salud" ⁴.

Jean Watson, teorizante enfermera, incorpora el concepto de inteligencia emocional en su teoría del cuidado transpersonal, resaltando la importancia de lo existencial, fenomenológico y espiritual ^{5,6}. Para explicar dicha conceptualización, Watson propone 10 procesos caritas relacionados con la sanación y el cuidado transpersonal, así como la definición de cuidado, el propósito de este, y la energía resultante de dicha transferencia ⁶. Estos procesos incluyen la implementación de la inteligencia emocional de forma directa e indirecta. Dentro de los mismos, la inteligencia emocional busca la autocomprensión como persona, para posteriormente lograr entender a quienes se encuentran en el entorno (como parte del arte del cuidado) ⁷, de forma que es necesario contar con un profundo autoconocimiento que permita tener claridad con las emociones y sentimientos que se experimentan con el fin de evitar transferencias negativas en las relaciones entre la persona y enfermera (o).

El entendimiento y la práctica de enfermería basada en la inteligencia emocional y en los 10 procesos caritas, lleva a los y las profesionales a incorporar habilidades sociales y emocionales como la autonomía y el liderazgo ⁸⁻¹⁰, las cuales abren espacios de interacción humana basados en el interés por sí mismos y por las personas ¹¹, al igual que la empatía ¹²⁻¹⁴. Asimismo, la inteligencia emocional influye directamente en la consolidación de la identidad de enfermería, puesto que va a facilitar o desfavorecer (en caso contrario) dichas interacciones necesarias en la disciplina. Para toda profesión resulta de vital importancia la identidad, ya que determina y permea tanto el desempeño como el sentido de pertenencia en quienes se dedican a ella ¹⁵. Particularmente, la construcción de la identidad en enfermería da inicio desde el ingreso a la educación superior de la formación para dicha disciplina ¹⁶, en donde existe una fuerte influencia de profesoras y profesores, este proceso exige que la persona inmersa en el ambiente académico deba asumir retos importantes constantemente que implican investigación, divulgación de conocimientos, además de desarrollar el componente de la intencionalidad en la interacción, uno de los ejes medulares del cuidado, “reconociéndose como foco de identidad profesional” ¹¹.

Debido a la importancia de la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería, se propone un estudio con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo comparativo y un diseño no experimental transversal, a través de la modalidad tesis siguiendo el área de investigación de estudio del cuidado de enfermería, en la línea de gestión del cuidado; con el objetivo de analizar la inteligencia emocional en estudiantes primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Costa Rica durante el 2020, a partir de la determinación y comparación de las variables sociodemográficas y la variable de inteligencia emocional dividida en las dimensiones de percepción, comprensión y regulación emocional en estudiantes de ambos grupos mencionados de la Licenciatura de Enfermería, a través de la aplicación del instrumento TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24). Se realizó un análisis descriptivo y una discusión en donde se relacionaron los datos encontrados con la teoría de la inteligencia emocional de Salovey y Mayer y la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson específicamente en los 10 procesos caritas; con un posterior reporte de los resultados a académicos de la Universidad de Costa Rica y a editores de revistas científicas, todo en un contexto académico.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Justificación

La inteligencia emocional se ha presentado como “una característica que facilita las relaciones interpersonales debido a que permite ser consciente de las emociones, comprenderlas, manejarlas en uno mismo y en otros, y utilizarlas para razonar mejor”⁸. Tanto profesionales como estudiantes de enfermería “necesitan ser capaces de establecer relaciones interpersonales adecuadas porque son importantes en su aprendizaje y forman parte de las competencias necesarias para ejercer la enfermería con éxito”⁸. Las relaciones terapéuticas efectivas se consolidan debido a que en la práctica cotidiana, se realiza un sin fin de actividades y en todo ese proceso se generan interacciones de sentimientos y de emociones⁵, para lo cual es necesario identificar y comprender las emociones propias, así como las emociones de los pacientes y sus familiares.

Este tipo de inteligencia influye en los aspectos personales, sociales y disciplinares. En enfermería se resalta la teoría del cuidado transpersonal propuesta por Jean Watson, en la cual promueve una conceptualización y práctica de enfermería basada en la ciencia humana y el cuidado, y de forma consecuente, en lo fenomenológico y cualitativo; alejándose del paradigma médico tradicional. Watson establece que el propósito de enfermería es preservar y proteger la dignidad humana a través de la coparticipación en las experiencias intersubjetivas del mundo interno de los individuos; lo que lleva a la formación de transacciones en los procesos de cuidado humano que conducen a la persona para que conozca el significado de su existencia¹⁷.

Para lograr dicho propósito, la enfermera debe encontrarse en armonía en todas las esferas de su ser (alma, cuerpo y mente), lo que implica autoconocimiento y autocontrol de sus propias emociones, lo cual es fundamental también para la teoría de la inteligencia emocional. Como parte del cuidado transpersonal se proponen 10 factores de cuidado (posteriormente denominados procesos caritas), en donde la inteligencia emocional resulta vital para un adecuado desenvolvimiento de la enfermería en su co-participación con la persona que va a recibir este cuidado; ejemplo de ello es el quinto factor: “la promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos”⁶, el octavo: “la provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual”⁶ y el noveno “la asistencia en la gratificación de necesidades humanas”⁶. La disciplina enfermera exige un alto compromiso personal, social, moral y ético, por lo que la inteligencia emocional debe estar siempre presente.

En la misma línea, es necesario contar con una serie de habilidades sociales y emocionales, tales como la empatía ¹²⁻¹⁴, autonomía y liderazgo, fundamentales para el ejercicio de la enfermería ⁸⁻¹⁰ debido a que permiten establecer relaciones interpersonales de calidad, consolidando así una conexión real con las personas, y llevando de forma consecuente, al cumplimiento del objetivo de dicha disciplina: el cuidado ⁸; el cual es un concepto dinámico e interactivo ¹¹ que va más allá de los tecnicismos y asistencialismos; puesto que involucra la profundización en el ser como parte de la existencia misma en el continuo del tiempo-espacio, expresado en las ansias de vivir en el presente y el futuro ¹⁸.

Basándose en cualidades fundamentales, y en respuesta a la conceptualización teórica de la disciplina, se crea un perfil de enfermería con habilidades y valores profesionales. A pesar de que en América Latina se presenta gran disimilitud en los mismos ¹⁹, en Costa Rica el Colegio de Enfermeras establece que los valores que deben seguir son el respeto a sí misma, a los demás y a los derechos humanos, el compromiso, solidaridad, honestidad, ser constructivo y leal ²⁰. El Reglamento de la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica (artículo 1, e) establece que el ejercicio de enfermería debe realizarse en cuatro áreas: cuidado directo, gestión gerencial de la acción, gestión y promoción educativa, e investigación ²¹.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica mantiene un perfil de ingreso ideal de personas con habilidades como: amplitud de criterio en las relaciones humanas, iniciativa y creatividad, capacidad de análisis para tomar decisiones, respeto por los derechos humanos, disposición para el trabajo en equipo, espíritu de servicio y colaboración, facilidad para trabajar con grupos, y satisfactoria salud mental y física; con valores como respeto, tolerancia, confianza, excelencia y comprensión ²². De esta forma se hace evidente la teoría de la inteligencia emocional desde un punto de vista teórico, legal y práctico; así como la real necesidad de adquirir dichas habilidades blandas.

Por otra parte, los procesos de enseñanza - aprendizaje constituyen un punto fundamental en la consolidación de la identidad, ya que son constantes y bidireccionales, y facilitan la adquisición de características más allá de lo académico; abarcando la esfera emocional, social, espiritual, económica. Particularmente, la construcción de la identidad en enfermería da inicio desde el ingreso a la educación superior de la formación para dicha disciplina ¹⁶, en donde existe una fuerte influencia de las personas que se desempeñan en la docencia, este proceso exige que la persona deba asumir retos importantes constantemente que implican investigación, divulgación de

conocimientos, además de desarrollar el componente de la intencionalidad en la interacción, uno de los ejes medulares del cuidado.

Resulta de suma importancia determinar y analizar la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería desde su primer año de carrera. Además, existe la posibilidad de que durante el proceso de formación profesional se desarrollen habilidades que respondan a un perfil profesional ya establecido como resultado de la preparación académica y la práctica de conocimientos en diversos campos clínicos; por lo que la inteligencia emocional podría variar durante este proceso de formación. Debido a lo anterior, es necesario tomar en cuenta a estudiantes avanzados de la carrera de enfermería, tal como estudiantes de cuarto o último año, y comparar los datos entre grupos, con el fin de identificar si realmente existen cambios. Para efectos de la investigación, se elige trabajar con estudiantes de cuarto año debido a que los investigadores principales son estudiantes de último año, evitando de esta manera mantener información personal de los y las compañeras de generación, así como de evitar sesgos en el análisis de la información.

Diversos investigadores e investigadoras latinoamericanas han medido la inteligencia emocional en estudiantes universitarios gracias a instrumentos especializados como el cuestionario EQ-i de Bar-On y la escala TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24) ²³ y también se han llevado a cabo investigaciones con estudiantes de enfermería ²⁴. En el caso de Costa Rica, los estudios realizados se centraron en validar instrumentos y aplicar este concepto teórico en programas y guías educativas; pero a pesar de la existencia de estos trabajos, no se han encontrado datos sobre estudiantes de enfermería en Costa Rica. La importancia de llevar a cabo una medición de la inteligencia emocional en la población propuesta radica en que es necesario conocer datos objetivos sobre el estado y la preparación emocional de futuros profesionales, desde los cuales pueda determinarse si es necesaria una intervención, o si debería mantenerse o modificarse aspectos que son parte de la formación académica, considerando el hecho de que, de acuerdo a diversos autores, una de las posibles causas de que los y las profesionales de enfermería tenga carencia de habilidades emocionales es porque no reciben suficiente preparación a lo largo del currículo formativo ²¹. Otra de las razones por la cual es importante llevar a cabo esta medición es porque podría ayudar a clarificar factores involucrados con la inteligencia emocional en la población estudiada, lo cual puede dar paso a otros estudios.

Debido a la importancia de la inteligencia emocional en enfermería, así como la inexistencia de estos estudios en Costa Rica, evidenciando un vacío en el conocimiento de esta

área, se propone la presente investigación. En lo que respecta a la factibilidad del mismo, se cuenta con un instrumento el cual tiene un alto grado de confiabilidad, validez y objetividad, así como con una población de estudio que forma parte de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, a la cual se tiene acceso. Por último, el análisis de los resultados se basa en elementos de la teoría de la inteligencia emocional de Salovey y Mayer debido a que este es propuesto desde un constructo multidimensional, a diferencia de otras conceptualizaciones, como la brindada por Goleman, que se enfoca únicamente en el desempeño en el trabajo ²⁵; y la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson debido a la implicación de la inteligencia emocional en dicha teoría anteriormente mencionada.

1.2.2. Tema

Inteligencia emocional en estudiantes primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.

1.2.3. Pregunta de investigación

1.2.3.1. Pregunta General

¿Cuál es la inteligencia emocional en estudiantes primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020?

1.2.3.2. Preguntas Específicas

1. ¿Cuál es la percepción emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020?
2. ¿Cuál es la comprensión emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020?
3. ¿Cuál es la regulación emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020?
4. ¿Cuál es la diferencia de percepción, comprensión y regulación emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020?

1.2.4. Objetivos

1.2.4.1. Objetivo General

Analizar la inteligencia emocional en estudiantes primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.

1.2.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la percepción emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.
2. Determinar la comprensión emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.
3. Determinar la regulación emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.
4. Comparar la percepción, comprensión y regulación emocional entre estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2020.

1.2.5. Área y línea de investigación

El área de investigación del trabajo es el estudio del cuidado de enfermería, con la línea de gestión del cuidado, puesto que este es un proceso de interacción centrado en las respuestas humanas, dando énfasis en el vínculo con las personas para comprender su mundo y de esta forma gestionar el cuidado. Para lograr esta conexión con los otros es necesaria la inteligencia emocional, tanto a nivel personal como interpersonal; es la única forma para conocer las verdaderas respuestas humanas.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

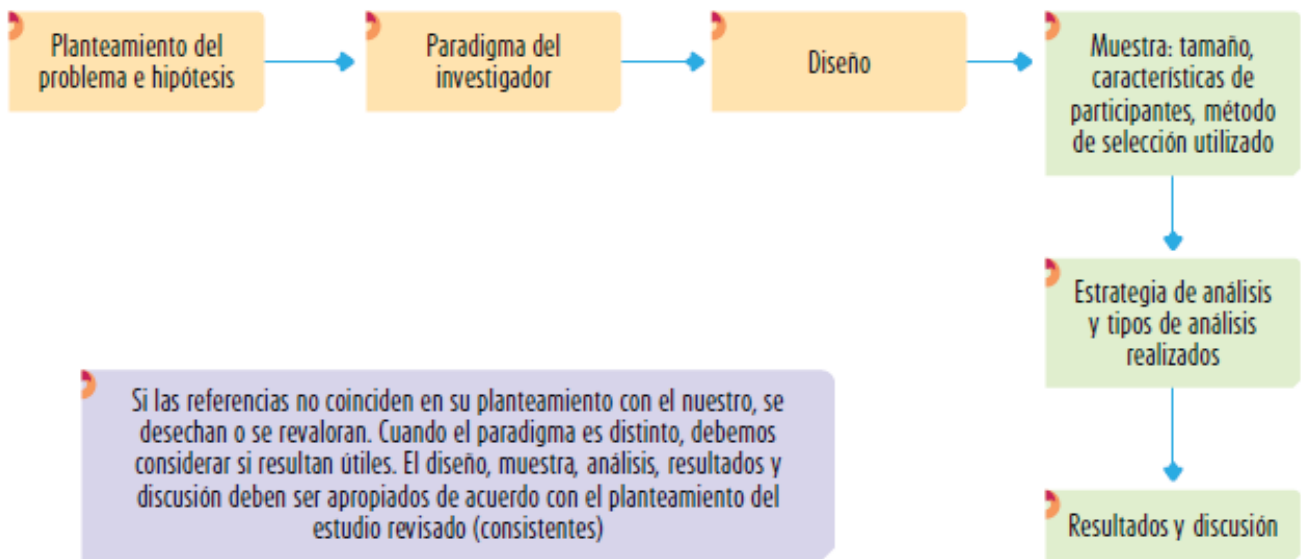
El desarrollo de la perspectiva teórica es aquel paso que consiste en sustentar teóricamente el estudio, una vez que ya se ha planteado el problema de investigación ²⁶. Esta se conforma de un marco empírico, teórico y conceptual los cuales, se presentan a continuación.

2.1. Marco empírico

La revisión de la literatura implica consultar y obtener las referencias y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante para enmarcar el problema de investigación ²⁶. Para llevar a cabo este proceso se realizó una revisión de referencias primarias y secundarias basada en la propuesta de Hernández et al ²⁶, la cual se describe en la figura 1.

Figura 1

Revisión de referencias



Nota. Tomado de “Metodología de la investigación” (p.67), por R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista, 2014, McGrawHill Education ²⁶.

Al seguir la propuesta anterior, se procede a describir el contenido de los trabajos finales de graduación y estudios publicados en revistas a través de las siguientes partes: tema, tipo de

trabajo o estudio, autor (es), lugar y año de publicación, revista en que fue publicado (en el caso de artículos científicos), objetivo general, metodología, resultados y conclusiones. Las revistas basadas en revisiones bibliográficas se describen a través de las siguientes partes: tema, tipo de trabajo o estudio, autor (es), lugar de publicación, año de publicación, revista en que fue publicado, y una breve descripción del artículo. De forma complementaria, al final del apartado del marco empírico, se realiza una síntesis del material encontrado así como su relevancia para la presente investigación.

Para la revisión bibliográfica se tomaron en cuenta criterios de selección los cuales corresponden a publicaciones menores de 5 años en español o inglés (con excepción de aquellos que sean de gran relevancia para el estudio) en donde se incluyan artículos científicos y trabajos de investigación con la temática de inteligencia emocional y la teoría del cuidado transpersonal. El algoritmo utilizado fue la búsqueda bibliográfica en bibliotecas y repositorios de la red perteneciente a la Universidad de Costa Rica tales como SciELO, Science Direct, Redalyc, EBSCO, entre otras; con las palabras booleanas: “and” y “or”; y con los descriptores “inteligencia emocional”, “estudiantes de enfermería” y “cuidado transpersonal”, los cuales fueron consultados en los Descriptores en Ciencias de la Salud o DeCs. En el caso de “cuidado transpersonal”, no se encontró en DeCs, sin embargo se mantiene por la relevancia en la búsqueda de trabajos similares a la investigación propuesta.

A continuación se sintetizan algunos de los estudios encontrados, los cuales se dividen en antecedentes nacionales e internacionales, y se subdividen a su vez en “inteligencia emocional” y “teoría del cuidado transpersonal”.

2.1.1. Antecedentes nacionales

Entre los antecedentes nacionales más importantes, se encuentran 25 estudios de los cuales, 18 son tesis y 7 son artículos publicados en revistas. Estos se dividen en 21 estudios relacionados a la inteligencia emocional (14 tesis y 7 artículos de revistas) y 4 estudios relacionados a la teoría de cuidado transpersonal de Jean Watson. A pesar de existir 25 estudios, no todos cumplen con el criterio de menos de 5 años de antigüedad, sin embargo, se incluyen puesto que son escasas las investigaciones recientes a nivel nacional sobre el tema.

2.1.1.1. Inteligencia emocional

El trabajo final de graduación más antiguo recuperado se titula “Construcción y validación de una prueba para medir inteligencia emocional”, esta es una tesis para optar por la licenciatura de psicología en la Universidad de Costa Rica, realizada por Xinia Andrade, Odette Navarro e Isabel Yock, en el año 1999; cuyo objetivo general es “construir una prueba psicométrica para medir inteligencia emocional en estudiantes universitarios”²⁷, por consiguiente, la metodología del estudio consiste en los pasos para realizar dicha formulación, tal como la construcción del marco teórico, elaboración de ítems, realización de prueba pre-piloto, aplicación de prueba piloto utilizando la Scale reliability analysis; esto permite concluir que se obtiene una prueba para medir inteligencia emocional en estudiantes universitarios con alta confiabilidad medida por el Alfa Cronbach, con un valor de 0.9186²⁷.

En la misma línea, Marjorie Alvarado realizó su trabajo final de graduación en modalidad tesis, para optar por el grado de licenciatura en psicología en el año 2000, titulado “Inteligencia emocional y resiliencia: Recursos efectivos para los estudiantes universitarios con discapacidad visual”; con el objetivo de “determinar si la inteligencia emocional y la resiliencia son fortalezas que poseen los estudiantes con discapacidad visual para desenvolverse en el ámbito universitario”, esto a través de un estudio etnográfico (enfoque cualitativo), para conocer las interacciones y conductas de cuatro personas con discapacidad utilizando una entrevista semiestructurada. Como parte de las conclusiones la investigadora indica que tanto la inteligencia emocional como la resiliencia son recursos psicológicos que posee un individuo para afrontar con mayor autoeficacia y fortaleza los contratiempos de la cotidianidad; además la resiliencia puede coexistir con otros fenómenos como la sobrecompensación, como resultado de la crianza familiar²⁸.

En el ámbito escolar, Norma Calvo y Natasha Robles en el 2000, llevaron a cabo una tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología de la Universidad de Costa Rica, titulada “Inteligencia emocional: estudio sobre el conocimiento y las actitudes de maestros de escuelas públicas hacia su intervención para el aprendizaje emocional en el aula”, con el objetivo de investigar el nivel de conocimiento, explorar actitudes e investigar posibilidades por parte de maestros de primaria en las escuelas públicas, acerca de la inteligencia emocional, a través de un estudio descriptivo, se aplicó un cuestionario auto administrado de 15 preguntas sobre datos sociodemográficos, conceptualización de la variable en estudio y la aplicación de la misma dentro del planeamiento de las clases; esto llevó a concluir que pocos maestros han tenido acceso a este tipo de información, relacionado a la inteligencia emocional, además existe una noción de la importancia de enseñar a través de la inteligencia emocional pero indican que no cuentan con las habilidades necesarias para hacerlo ²⁹.

Otro trabajo final de graduación en modalidad de práctica dirigida relacionado, se titula “Modelo de aplicación de la inteligencia emocional una opción para mejorar la calidad de vida de las ciudadanas de oro de la Sucursal Urbana de Desamparados”, realizada por Lorena Montenegro, Laura Ramírez y Cindy Ramírez durante el año 2001, para optar por la licenciatura en la carrera de trabajo social en la Universidad de Costa Rica; con el objetivo de “elaborar una propuesta de intervención complementaria al Programa Ciudadano de Oro basada en los principios y estrategias de la inteligencia emocional [...]” ³⁰. Como conclusión, se detectó que las principales necesidades de la población consisten en afecto y participación, por lo que se trabajó propiciando ambientes adecuados para el establecimiento de relaciones sociales que permitan la expresión de sentimientos, ideas y pensamientos. Se detectó, además, la real importancia de la espiritualidad como parte de la inteligencia emocional para la población estudio ³⁰.

De forma similar, el “Modelo socioeducativo para el desarrollo de la inteligencia emocional con adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico” es un trabajo final de graduación en modalidad de práctica dirigida, para optar la licenciatura en trabajo social en la Universidad de Costa Rica, realizada en el año 2002 por Evelyn Castro Carmiol; realizada con el objetivo de “desarrollar un modelo socioeducativo que fomente la inteligencia emocional con un grupo de adolescentes usuarios/as de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, quienes presentan problemas en el manejo de sus emociones que repercuten en su salud mental” ³¹, esto a través de un plan de intervención subdividido en varias

etapas diagnósticas y elaboración de la propuesta. Al finalizar, la investigadora concluye que la adolescencia es una etapa vital en el desarrollo de las personas, ideal para desarrollar y potenciar la inteligencia emocional, particularmente en el grupo de este estudio puesto que esto impulsa a derribar estigmas que rodean a la misma ³¹.

Otra tesis relacionada a la temática es la realizada por Nora Vargas en el año 2003 para optar por el grado de licenciatura en psicología en la Universidad de Costa Rica, titulada “Relación entre aptitudes personales y sociales propias de la inteligencia emocional y el rendimiento académico en niños y niñas de 11 años de edad”, con el objetivo de detectar aptitudes personales y sociales propias de la inteligencia emocional en niños y niñas de etapa escolar y con un adecuado rendimiento académico, además de analizar las semejanzas y diferencias que presentan. Este estudio se llevó a cabo a través de investigación cualitativa de tipo exploratorio empleando el estudio de casos individuales; esto para concluir que existen factores importantes relacionados entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico, aunque esta no es la regla para todos los casos, además existe un fuerte componente familiar que impulsa al desarrollo de la inteligencia emocional en los y las niñas ³².

Seguidamente, Nancy Alpízar y Alejandra Villagra desarrollaron su tesis para optar por la licenciatura en psicología en la Universidad de Costa Rica en el año 2003, con el título de “Inteligencia emocional y resiliencia; un reto para la intervención del trabajo social en la Región Central de Occidente, con padres y madres de niñas y niños abusados sexualmente” con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la respuesta emocional y resiliente de la población en estudio para que logren enfrentar efectivamente el proceso de crianza; a través de un estudio cualitativo fenomenológico; en el cual se hace un recorrido por la teoría del trauma e hincapié en los aspectos relevantes de la teoría de inteligencia emocional que converge en la mencionada previamente. Con esto, las autoras llegan a la conclusión de que el trabajo con padres y madres deja en evidencia la carencia de educación emocional que engloba tanto habilidades y destrezas, además de la consideración de recursos internos como autocontrol, empatía, creatividad, capacidad resolutive, entre otras ³³.

En la misma línea de trabajos finales de graduación, se encuentra un trabajo en modalidad de proyecto de graduación, el cual se titula “La inteligencia emocional: una propuesta teórico-metodológico para el campo escolar desde el Trabajo Social”, realizada por Kattia Vargas Pacheco durante el año 2004, para optar por la licenciatura en la carrera de trabajo social en la Universidad

de Costa Rica; con los objetivos de “distinguir las condiciones socio-emocionales, educacionales y familiares que presentan los niños y niñas de V grado de la Escuela Alberto Manuel Brenes Mora, con el propósito de reconocer en ellas/os los factores que podrían propiciar o estimular la inteligencia emocional”³⁴ y “formular una propuesta metodológica desde el Trabajo Social orientada a los niños y niñas de V grado de la Escuela Alberto Manuel Brenes Mora utilizando como estrategia la inteligencia emocional”³⁴. En relación con la metodología, la perspectiva de la misma es de tipo cualitativa descriptiva y se utilizó las fases del proceso de investigación cualitativa: fase preparatoria, trabajo de campo y fase analítica; así como la realización de distintos informes. La muestra seleccionada se conformó por estudiantes (as) de quinto grado, específicamente del 5-A del Centro Educativo Alberto Manuel Brenes Mora³⁴. Finalmente, la autora concluye que “se percibió a la población estudiantil como personas con un potencial socio-emocional que les permite desenvolverse en entornos vulnerables de riesgo. Se encontró en las docentes un manejo apropiado de las habilidades y destrezas de las/os educandos, al estimular las mismas tomando en cuenta el entorno comunitario donde se desenvuelven los/as niñas/os. Ese conocimiento del entorno donde interactúan las/os mismas/os facilita la sensibilidad en el momento de trabajar con una situación adversa dentro del aula. Es importante rescatar que los padres y madres procuran mantener una adecuada relación con la hija o el hijo, sin embargo, se evidenció dentro del ámbito familiar que en general las/os progenitores manejan un escaso reconocimiento de las habilidades y destrezas de sus hijas/os situación que limita el desenvolvimiento de las mismas en los niñas y niños”³⁴.

En el mismo año, “La inteligencia emocional: Un recurso efectivo en la prestación de servicios de calidad en las bibliotecas universitarias”, tesis realizada por Doris Lucía Jiménez Gómez durante el año 2004, para optar por la maestría profesional en bibliotecología y estudios de la información con énfasis en gerencia de la información; con el objetivo de “determinar cómo la IE que aplican los bibliotecólogos de la Unidad de Circulación en la Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica, influye en la calidad de los servicios”³⁵. En relación con la metodología, este estudio es una investigación cualitativa de tipo descriptivo en donde se estudian fenómenos de interaccionismo simbólico, fenomenología y otros. La muestra se conforma por los profesionales que trabajan en la Unidad de Circulación de la Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica y una muestra de usuarios que utilizan estos servicios. La técnica de recolección de datos fue por medio de un cuestionario, observación y entrevista. En

relación con el análisis de datos, se procedió a la tabulación de los datos obtenidos mediante el cuestionario y se analizó en función con los objetivos del estudio y las variables propuestas ³⁵. Finalmente, la autora comenta como conclusión “que las cualidades de la inteligencia emocional impactan el servicio de esta unidad de información y se presentan recomendaciones para que estas cualidades sean aprovechadas para mejorar la calidad de los servicios de la Unidad de Circulación de la Biblioteca Carlos Monge Alfaro” ³⁵.

Otro de los trabajos en modalidad tesis, se titula “La inteligencia emocional en niños y niñas preescolares: Guía de estrategias educativas dirigida a los padres de familia o encargados”, realizado por Suzane Calderón Arguedas durante el año 2008, para optar por la licenciatura en la carrera de Psicología en la Universidad de Costa Rica; con el objetivo de “elaborar una guía de estrategias educativas dirigida a padres y madres que facilitarán el desarrollo de la inteligencia emocional en el proceso de crianza y educación de sus hijos e hijas en edades preescolares” ³⁶. En relación con la metodología, este estudio era de tipo exploratorio y transversal y se utilizó una serie de pasos los cuales son: fase de revisión bibliográfica, fase de recolección de datos, fase de análisis de los datos, la fase de elaboración de estrategias educativas y la fase de validación. La muestra estuvo compuesta por 7 padres, madres o encargados de niños y niñas en edades preescolares, así como con 3 maestras de educación preescolar. La técnica de recolección de datos fue por medio de una revisión bibliográfica y una entrevista conductual la cual posteriormente fue validada ³⁶. Finalmente, la autora comenta lo siguiente: “se llega a la conclusión que los padres, madres y/o personas encargadas de los niños y niñas en edades preescolares son los más indicados para estimular el desarrollo de la inteligencia emocional en los menores a su cargo” ³⁶.

Dentro de los estudios más actuales, se encuentra un trabajo final de graduación en modalidad tesis, el cual se titula “Acciones didácticas para el abordaje de factores relacionados con la inteligencia emocional y habilidades sociales cognitivas y personales desde la promoción de la salud y educación para la salud, en el escenario escolar del Colegio Técnico Profesional Uladislao Gámez Solano”, realizada por Melissa Bérenzon Quirós durante el año 2013, para optar por la licenciatura en promoción de la salud; con el objetivo de “proponer una guía didáctica para el abordaje de situaciones relacionadas con la inteligencia emocional y las habilidades sociales, cognitivas y personales desde la promoción de la salud y educación para la salud, con estudiantes de séptimo, octavo y noveno año del Colegio Técnico Profesional Uladislao Gámez Solano en el año 2013” ³⁷. Dicha investigación se basa en distintas teorías de inteligencia emocional, como por

ejemplo, la propuesta por Grewal y Salovey, así como la propuesta por Goleman; a diferencia de la presente investigación que se basa únicamente en la teoría de Salovey y Mayer. En relación con la metodología, este estudio es una investigación cualitativa. La autora escoge un diseño de Investigación-Acción-Participativa (IAP) conformado por la fase introductoria, diagnóstica, trabajo de campo, análisis de la información y devolución del producto final. La muestra se conforma por estudiantes de séptimo, octavo y noveno año, matriculados en el Colegio Técnico Profesional Uladislao Gámez Solano durante el año 2013. La técnica de recolección de datos fue por medio de un cuestionario, observación y entrevista. En relación con el análisis de datos, se realizó una triangulación de la información ³⁷. Finalmente, se concluye que gracias a la creación de la Guía Didáctica titulada “Me Conozco Bien y Me Relaciono Mejor”, los adolescentes pueden fortalecer su inteligencia emocional, mejorando sus relaciones con los demás y su imagen propia³⁷.

El último trabajo final de graduación en modalidad tesis, se titula “inteligencia emocional (IE) y liderazgo transformacional (LT): propuesta de un programa de entrenamiento en habilidades para mandos medios”, realizado por Christian Segura Jiménez y Vernny Soto Molina durante el año 2015, para optar por la licenciatura en psicología; con el objetivo de “determinar si el tipo de liderazgo existente en un mando medio ejerce un cambio hacia el liderazgo transformacional a partir de la intervención en inteligencia emocional” ³⁸. Este trabajo se basa en las teorías de inteligencia emocional de Goleman, Boyatzis y McKee. En relación con la metodología, este estudio es una investigación mixta con corte pre experimental (en el enfoque cuantitativo) y con un diseño de teoría fundamentada de tipo sistemático (en el enfoque cualitativo). La muestra se conforma por el personal de los mandos medios de la Universidad de Costa Rica, en particular, las jefaturas administrativas de decanato, de vicerrectorías, de unidades académicas, de institutos y centros de investigación. La técnica de recolección de datos fue por medio del “Cuestionario de Liderazgo Multifactorial” el cual fue validado. En relación con el análisis de datos, primeramente se realizó una depuración de base datos, se realizaron cálculos estadísticos descriptivos, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach (para el análisis de confiabilidad de las medidas en la población de estudio”, se realizó la prueba T de Student y se concluyó con la entrega de la devolución al jefe del Departamento ³⁸. Finalmente, el autor concluye en que “finalmente se determinó que el tipo de liderazgo existente en un mando medio sufre un cambio de liderazgo transformacional a partir de una intervención en inteligencia emocional,

lográndose una influencia significativa en algunos ítems en las variables de estimulación intelectual, influencia idealizada conductual y motivación inspiración”³⁸.

En cuanto a artículos de revistas nacionales, el más antiguo de ellos fue escrito por Eduardo Báez Cruz y publicado en el año 2004 en la Revista EDUCARE la cual pertenece a la Universidad Nacional de Costa Rica. El documento se titula “La inteligencia emocional en las instituciones educativas”³⁹; y consiste en una revisión bibliográfica y conceptualización de la inteligencia emocional como característica fundamental en personas encargadas de educar. Báez inicia recapitulando las emociones primarias como ira, miedo, felicidad, amor y sorpresa; las cuales dan pie a los componentes de la inteligencia emocional: habilidades intrapersonales e interpersonales, automotivación, empatía y manejo de las emociones; además se hace mención a la importancia de dirigir las emociones, analizadas a partir de los pensamientos o valoraciones cognitivas, cambios psicológicos o actividades basadas en la excitación nerviosa y tendencias comportamentales; todo esto se logra desde el autoconocimiento. Además, se hace mención a ejemplo para utilizar dentro y fuera del salón de clases, tales como el uso de frases motivadoras y diálogos internos constructivos, sentido del humor dentro y fuera del salón, utilización de técnicas de relajación con estudiantes, sintonía de pensamientos e interpretaciones positivas, realización de algún tipo de actividad física, enfoque en intereses y/o en proposiciones, establecer metas y objetivos precisos de trabajo, entre otros. Por último, Báez concluye que el uso adecuado de la inteligencia emocional ayuda a mejorar las relaciones interpersonales y a manejar las situaciones desagradables o tensas; por esta razón es vital que los y las docentes manejen este aspecto como líderes efectivos³⁹.

Asimismo, otro de los artículos nacionales recuperados fue el titulado “La inteligencia emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje, escrito por José Ángel García en el año 2012 en la Revista Educación de la Universidad de Costa Rica; el mismo constituye un análisis de conceptos importantes como emociones e inteligencia emocional con una breve reseña histórica de la conceptualización por parte de H. Gardner (1983), D. Goleman (1996) y P. Salovey y J. Mayer (1990); a partir de lo cual se hace un cuestionamiento de los modelos educativos del siglo XX que privilegiaban los aspectos meramente intelectuales y académico, dejando lo social a lo privado del individuo. Se reconoce la importancia de las emociones para el desenvolvimiento integral de cada persona; de forma que se realza la relación razón-emoción involucrando así la afectividad en la educación, puesto que el aprendizaje es dado a partir de la interacción social e individual afectada por las apreciaciones y valores atribuibles a las emociones. Resulta vital el

acople de los estilos de aprendizaje con las emociones, de esta forma el proceso de aprendizaje pasa a ser significativo y basado en las experiencias previas de los y las estudiantes ⁴⁰. Este artículo es útil para el desarrollo del presente estudio para el análisis de resultados desde la conceptualización y la fuerte revisión bibliográfica que representa.

2.1.1.2. Teoría del cuidado transpersonal

El trabajo final de graduación más antiguo recuperado se titula “Taller de capacitación en proceso de atención de enfermería con el enfoque de asistencia humana de Jean Watson dirigido a enfermeros y enfermeras de cuidados intensivos del Hospital México”. Este trabajo tiene una modalidad de práctica dirigida para optar por la Licenciatura de Enfermería en la Universidad de Costa Rica, realizada por Nidia Naranjo Vargas y Flory Viquez Picado, en el año 1998; cuyo objetivo general es “desarrollar un taller de capacitación sobre el proceso de Atención de enfermería, con el enfoque de Asistencia Humana de Jean Watson, dirigido a enfermeras (os) de la Unidad de cuidado Intensivo del Hospital México” ⁴¹. En relación con la metodología, el trabajo es una práctica dirigida la cual fue ejecutada en el Hospital México con una población de 46 enfermeras y enfermeros de las Unidades de cuidados Intensivos del Hospital México en 1997. Se llevó a cabo la etapa de coordinación, etapa diagnóstica, etapa de organización y planificación. El análisis se llevó a cabo desde un enfoque filosófico de la profesión de enfermería desde la teoría de Jean Watson.

Otro de los trabajos en modalidad tesis, se titula “Modelo de Educación de la Sexualidad desde la Disciplina de enfermería basado en la filosofía de Jean Watson, dirigido a estudiantes de secundaria en el Centro Educativo San Miguel Arcángel, Instituto de Educación Integral, Liceo de Santo Domingo y Liceo Mauro Fernández”, realizado por Jaime Caravaca Morera, Priscilla Carmiol Rodríguez, Sofía Lazo Solano y Hanna Sanabria Barahona durante el año 2008, para optar por la licenciatura en la carrera de enfermería en la Universidad de Costa Rica; con el objetivo de “desarrollar un modelo de educación de la sexualidad, desde la disciplina de enfermería, basado en la filosofía de Jean Watson, dirigido a estudiantes de secundario del Centro Educativo San Miguel Arcángel, Instituto de Educación Integral, Liceo de Santo Domingo y Liceo Mauro Fernández en el periodo marzo-septiembre 2008” ⁴². En relación con la metodología, esta investigación fue de tipo cualitativa con un diseño investigación-acción realizadas en diferentes momentos los cuales son: problematización, concientización, dinamización y socialización. La

muestra poblacional consistió en un estudiante de cada uno de los niveles de los centros incluidos en la investigación, lo que significa que la muestra total fue de 20 estudiantes. Dentro de las estrategias de recolección de datos se utilizó la entrevista, grupos focales y la observación ⁴². Finalmente en las conclusiones los autores comentan que “las y los adolescentes se han desarrollado en un entorno que los percibe como población problema. Aunado a esto, socialmente se tiene a ocultar y silenciar la definición de la sexualidad dándose una concepción limitada y parcializada, donde los conocimientos tendientes al tema se obtienen principalmente por medios informales o discursos oficiales que se basan en la genitalización y patologización de la misma. Lo anterior conlleva a que el inicio de la relación sexual coital se dé sin la información necesaria desviándose a consecuencias negativas para estas mujeres y hombres, entre ellas, la confusión, la duda, el temor y la culpabilidad” ⁴².

Dentro de los de los trabajos finales de graduación más actuales, se encuentra un trabajo final de graduación en modalidad tesis, el cual se titula “Atención que brinda el profesional en enfermería a la población adulta joven en la Clínica de Control del Dolor y cuidado Paliativo, y en el Servicio de Onco-Hematología del Hospital Max Peralta en Cartago, comparada con la propuesta teórica de Jean Watson, 2011”, realizada por María Alejandra Pichardo Meza y María Catalina Zúñiga Rodríguez durante el año 2011, para optar por la licenciatura en enfermería; con el objetivo general de “analizar la atención que brinda el personal de enfermería a la población adulta joven en la Clínica de Control del Dolor y cuidado Paliativo, y en el Servicio de Onco-Hematología del Hospital Max Peralta en Cartago, relacionada con la propuesta teórica de Jean Watson” ⁴³. En relación con la metodología, esta investigación corresponde a un estudio mixto de tipo paralelo con diseño descriptivo (en el enfoque cuantitativo) y con un diseño narrativo (en el enfoque cualitativo). La población de estudio se conforma por 26 personas adultas jóvenes con procesos mórbido de salud y dolor crónico, y al grupo de cuatro profesionales en enfermería que reciben atención o laboran en la Clínica de Control del Dolor y cuidado Paliativo, y en el Servicio de Onco-Hematología del Hospital Max Peralta en Cartago. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron un cuestionario auto-administrado y una entrevista semi-estructurada. Finalmente, las autoras concluyen que “la mayor parte de los postulados planteados por la teórica Jean Watson se hace presente de forma precisa en la Clínica de Control del Dolor y cuidado Paliativo, y en el Servicio de Onco-Hematología del Hospital Max Peralta en Cartago, aun cuando las profesionales en enfermería no conozcan sobre la existencia de la teoría del cuidado humano”⁴³.

Otro trabajo final de graduación en modalidad tesis, se titula “Intervención de enfermería en salud mental para el fortalecimiento de las habilidades para la vida desde la teoría de Jean Watson dirigido a las y los facilitadores del grupo juventud sin límite, en el primer semestre 2012: Una experiencia de sistematización”, realizado por Daniela Badilla Gómez y Sheila Cordero Aguilar durante el año 2014, para optar por la maestría profesional de salud mental en enfermería; con el objetivo general de “desarrollar una intervención de enfermería en Salud Mental para el fortalecimiento de las habilidades para la vida, dirigido a las y los facilitadores del grupo Juventud Sin Límite, durante el primer semestre 2012”⁴⁴. Este trabajo se basa en la teoría de Jean Watson al igual que la presente investigación, sin embargo, también toma elementos de la salud mental y los paradigmas en enfermería. En relación con la metodología, este estudio es una investigación cuantitativa descriptiva, igual que la presente investigación. La población está definida por un grupo de las y los colaboradores del grupo Juventud Sin Límite, con una muestra de 14 personas. La técnica de recolección de datos fue por medio de un test que brinda un perfil de entrada de los participantes⁴⁴. Finalmente, el autor concluye en que “la intervención de grupo realizada propició la expresión de sentimientos y emociones desde las bases de Juventud Sin Límite [...]”⁴⁴, “a nivel terapéutico el grupo obtuvo cambios en la manera de enfrentar las situaciones que producen estrés, obteniendo empoderamiento y control sobre sus emociones, lo que al final se vio reflejado en un desarrollo integral acorde a sus exigencias”⁴⁴.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Entre los antecedentes internacionales más importantes, se encontraron 15 estudios de los cuales, 9 son tesis y 6 son artículos publicados en revistas. Estos se dividen en 8 estudios relacionados a la inteligencia emocional, 4 tesis y 4 artículos de revistas; y 7 estudios relacionados con la teoría de cuidado transpersonal de Jean Watson, 4 tesis, 1 monografía y 2 artículos. Existe una gran cantidad de estudios de distintos años, por lo que se procede a mencionar únicamente aquellos con una fecha de publicación menor a 5 años.

2.1.2.1. Inteligencia emocional

Dentro de los trabajos de investigación, se recuperó un trabajo final de graduación en modalidad tesis, se titula “Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento al estrés en enfermeros

y enfermeras de áreas críticas - Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa - 2013”, realizado por Raquel Peralta Espinoza y Yesenia Tunco Cuba durante el año 2014 en la Universidad Nacional de San Agustín de Perú, para optar por la licenciatura en enfermería; con el objetivo de “establecer la relación entre la inteligencia emocional y los estilos de afrontamiento al estrés en enfermeros y enfermeras de áreas críticas del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa-2013”⁴⁵. La población estuvo conformada por 61 enfermeros y enfermeras que laboran en las Áreas Críticas del Hospital Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa. La técnica de recolección de datos fue por medio de la técnica el cuestionario y se utilizó un instrumento compuesto por tres partes: Datos sociodemográficos, el Inventario de Cociente emocional de Bar-On y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento de Cope. En este caso, el instrumento se relaciona al utilizado en la investigación debido al apartado de datos sociodemográficos, sin embargo, no se utiliza el TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24). El análisis se basa en un análisis descriptivo de los datos con una posterior verificación de la hipótesis planteada la cual “es posible que exista relación entre la inteligencia emocional y los estilos de afrontamiento al estrés en los y las enfermeras de áreas críticas del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2013”. Los autores comentan en relación a los resultados “que en cuanto a la inteligencia emocional el 59.02% de los y las enfermeras presentan capacidad emocional promedio, el 24.59% capacidad emocional baja y el 16.39% capacidad emocional alta, en cuanto a los componentes de la inteligencia emocional los que destacan con el nivel de capacidad emocional promedio son: adaptabilidad, manejo del estrés e intrapersonal. Respecto a los estilos de afrontamiento al estrés, el estilo que predomina en los y las enfermeras de áreas críticas es el estilo enfocado al problema con un 54.10%, seguido del estilo enfocado a la emoción con un 22.95%, utilizando predominantemente ambos estilos el 22.95% de las enfermeras”⁴⁵. Se concluye que” según la prueba del chi cuadrado, con el nivel de significancia del 95% y con un margen de error del 5% la inteligencia emocional se relaciona con los estilos de afrontamiento al estrés”⁴⁵.

Otro de los estudios recuperados es una tesis doctoral realizada por Elisa Gutiérrez en el año 2015, en la Universidad de Vigo, España. Este se titula “La inteligencia emocional de los estudiantes de titulaciones de educación y enfermería”; se investigó sobre la inteligencia emocional, burnout académico, engagement académico, eficacia y rendimiento académicos en población estudiantil de trabajo social, educación social, primaria, infantil y enfermería, del campus de la misma universidad. La investigadora llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo

correlacional entre los estratos de la población y las distintas variables, a través del análisis descriptivo y teórico; con lo que concluye que el nivel de inteligencia emocional es adecuado en la mayor parte de las dimensiones, excepto en facilitación emocional, planteadas en el instrumento de Mayer, Salovey y Caruso en el 2002, y en su adaptación española de Extremera y Fernández en el 2009; asimismo, el alto nivel de burnout y el bajo engagement hace propensa a la población a sufrir el síndrome y a no ser comprometidos con su futuro laboral ⁴⁶.

“Nurse Emotional Intelligence and Patient's Perceptions of Caring: A Quantitative Study” es un trabajo de graduación modalidad tesis, realizado por Judy B. Araque en el 2015, en la Universidad de Phoenix, Estados Unidos, para optar por el doctorado en Gestión en el liderazgo organizacional. El propósito del estudio fue “investigar cómo las dimensiones de la Inteligencia Emocional de las enfermeras son fundamentales para mediar las conductas de cuidado de acuerdo con los diez factores de cuidado del modelo Watson” ⁴⁷, y para esto, se exploró la relación entre la inteligencia emocional de las enfermeras y satisfacción del paciente en los cuidados de enfermería. En esta investigación se toma en cuenta la teoría de la Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer, así como la del Cuidado Transpersonal de Watson, las cuales, también son abordadas en la presente investigación. En relación con la metodología, el enfoque es cuantitativo, y se hizo uso de la estadística inferencial. La muestra se conformó por 30 enfermeras de Medical Surgical, específicamente de las unidades de rehabilitación aguda, las cuales fueron evaluadas por su nivel de inteligencia emocional utilizando el Test de Inteligencia Emocional Mayer Salovey Caruso (MSCEIT), y 60 pacientes que fueron encuestados por medio de la Encuesta de Factores de Cuidado (CFS) basada en los procesos de caritas de Jean Watson. Los datos del MSCEIT se probaron para determinar la relación lineal con los datos de CFS utilizando la fórmula del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. Los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional de la enfermera, y satisfacción del paciente con la atención de enfermería recibida (en donde se incluyen los procesos caritas). Finalmente, la autora concluye que, con la información conseguida, se espera que se proporcione orientación a los líderes de la atención médica en la determinación de oportunidades de desarrollo para enfermeras, así como criterios útiles para selección de candidatos a la profesión de enfermería⁴⁷.

“La inteligencia emocional en alumnos de 4º de enfermería de la USAL” es un trabajo de graduación modalidad tesis, realizado por Jennifer Domínguez Valleros en el 2017, en la

Universidad de Salamanca de España, para optar por la licenciatura en enfermería; con el objetivo general de “comprobar el nivel de IE de los estudiantes de 4º de enfermería de la USAL”⁴, el cual es un objetivo similar al planteado en esta investigación. De forma complementaria, otro aspecto convergente con la presente investigación es la teoría de inteligencia emocional en la que se basaron, la cual es aquella brindada por Salovey y Mayer. En relación con la metodología, el enfoque es cuantitativo, con alcance descriptivo y diseño no experimental transversal, al igual que en la presente investigación. La muestra se conforma por estudiantes de 4º de enfermería de la E.U. de enfermería y fisioterapia, de la Universidad de Salamanca durante el año 2018. Se ha reclutado un total de 61 participantes⁴. La técnica de recolección de datos fue por medio del instrumento TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24), el mismo adoptado por esta investigación. En relación con el análisis de datos, este se llevó a cabo por medio de un análisis descriptivo. Finalmente, el autor concluye en que “de estos resultados podemos deducir que, en el caso de las mujeres de nuestra muestra, la mayoría (22%) presentan una adecuada atención, una adecuada claridad y una adecuada reparación. Un 15,3% presentan una adecuada claridad y una adecuada reparación pero necesitan mejorar la atención. Y sin embargo, un 11,9% debe mejorar las tres dimensiones”⁴ y que “la mayoría de los alumnos de 4º de enfermería de la USAL parecen tener un nivel adecuado de IE, pero todavía hay un grupo importante que necesita ser consciente de sus limitaciones emocionales y mejorar estos aspectos en su vida personal y profesional”⁴.

El último trabajo final de graduación en modalidad tesis, se titula “Inteligencia emocional en estudiantes de enfermería de un instituto superior tecnológico en Puente Piedra”, realizado por Rosa Lavado Pantoja durante el año 2018 en la Universidad Ricardo Palma en Perú, para optar por la licenciatura en psicología; con el objetivo de “establecer el nivel de la inteligencia emocional de las estudiantes de la carrera técnica de enfermería de un instituto superior tecnológico”⁴⁸. Este trabajo se basa en las teorías de inteligencia emocional de BarOn a diferencia de la presente investigación que se basa en la teoría propuesta por Salovey y Mayer. En relación con la metodología, este estudio presenta un enfoque cuantitativo con un diseño de carácter no experimental, descriptivo comparativo, igual al adoptado en esta investigación. La muestra se conformó por 96 estudiantes de enfermería de un instituto técnico en el distrito de Puente Piedra, cuyas edades oscilan entre los 18 hasta los 50 años. La técnica de recolección de datos se llevó a cabo por medio del Inventario de Cociente Emocional de BarOn, con un análisis de datos de tipo descriptivo. La autora concluye que “los resultados obtenidos muestran que no hay diferencias en

cuanto al ciclo de estudio de las jóvenes. Por otro lado, la edad influye en cuanto al mejor afronte de ciertas situaciones, siendo mejor manejadas por las alumnas entre los 18 y 35 años en aspectos de responsabilidad social, comprensión de sí mismo y habilidades interpersonales. Las estudiantes entre los 36 a 50 años manejan mejor las capacidades de independencia y control de impulsos”⁴⁸.

En cuanto a artículos de revistas internacionales, el más antiguo de ellos fue el titulado “Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados”, realizado por José María Galán, Rocío Romero, María Morillo y Juan Alarcón en el año 2014; con el fin de “analizar el grado de empatía de estudiantes de enfermería a lo largo de los cuatro años de la formación universitaria y posibles factores implicados”⁴⁹. El estudio adoptó el enfoque cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y analítico; para esto se aplicó el Índice de Reactividad Interpersonal a la muestra de una población de 198 estudiantes del grado de enfermería en el Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, facultad adscrita a la Universidad de Sevilla, España. Con lo que concluyeron que el estudiantado de primer curso presenta en el nivel de empatía diferencias significativas con el resto; de igual forma, recomiendan realizar estudios longitudinales que analicen el efecto de la formación en las habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería. Este antecedente resulta sumamente útil para el presente estudio, puesto que toma en cuenta la estrecha relación entre la inteligencia emocional y el aprendizaje sobre la vida propia y el manejo de emociones dolor, la pérdida, el miedo, la alegría, el amor, la desilusión, la desesperanza y la desesperación; lo que permite “ampliar su marco interno de referencia y aumentar la conciencia sobre el sufrimiento de los demás”⁴⁹.

Otro artículo en relación con el tema de inteligencia emocional es “La experiencia de estudiantes de enfermería ante el dolor infligido en la práctica clínica”, por parte de las investigadoras María Henao, Elizabeth Fajardo y Martha Lucía Núñez en el año 2014. El estudio tuvo como objetivo “describir el significado de la experiencia de infligir dolor de los enfermeros en formación”⁵⁰, a través de una investigación con enfoque fenomenológico (cualitativo), en 14 estudiantes matriculados en el Programa de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima, Colombia; con edades entre 17 y 23 años. Dentro de los resultados y conclusiones se obtuvo que la experiencia de causar dolor vivida por el enfermero novato difiere de la del enfermero experto según el estudio, además se demostró la necesidad de incluir en el currículo del programa de enfermería actividades que fomenten el desarrollo de estrategias de afrontamiento, puesto que la persona que recibe cuidado tiene la capacidad de notar en su cuidador

ese cúmulo de emociones, sentimientos, temores, y hasta logra interpretar en algunos casos el nivel de conocimiento que aflora durante su encuentro. Se relaciona con la inteligencia emocional, debido a que es necesario conocer estrategias sobre cómo manejar las emociones, evitando así hacer transferencias negativas con las personas que reciben el cuidado ⁵⁰.

En la misma línea, “Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería” es un artículo realizado por Consuelo López en el año 2015, haciendo una revisión bibliográfica inicialmente de los distintos modelos sobre inteligencia emocional y posteriormente sobre la importancia de esta en enfermería como parte de las competencias necesarias, ya que facilita las relaciones interpersonales al permitir ser consciente de las emociones, comprenderlas, manejarlas en sí mismo como las demás personas, brindando cuidado con autenticidad. Esto únicamente es posible si los y las estudiantes desarrollan capacidades para trabajar en equipo, colaborar y coordinarse, saber gestionar, comunicar, respetar la tarea de otro y desear facilitar su trabajo, liderar, motivar, entre otras. Estas habilidades se ven favorecidas por la inteligencia emocional en las prácticas clínicas a través de la autonomía y liderazgo. Concluye que “si los estudiantes necesitan ser capaces de establecer relaciones interpersonales exitosas con pacientes y sus familias, con compañeros, profesores y tutores, y el resto de componentes del equipo de cuidados, necesitan contar entre sus características personales con competencias emocionales bien desarrolladas” ⁸; esto con el fin de lograr una incorporación exitosa en el mundo laboral.

“Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios” es un artículo realizado por parte de los investigadores Martha Paéz y José Castaño en el año 2015. El estudio expuesto en el artículo tuvo como objetivo “describir la inteligencia emocional y determinar su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios” ²³, a través de una investigación con enfoque cuantitativo de corte transversal en donde se aplicó el cuestionario BarOn en una muestra de 343 estudiantes (resultando en 263 participantes) de todos los programas diurnos de pregrado de la Universidad de Manizales, matriculados en el 2° semestre del año 2012. Dentro de los resultados y conclusiones se tiene que “se encontró un cociente de inteligencia emocional promedio de 46,51, sin diferencias según género, pero sí para cada programa: 62,9 para Economía; 55,69 en Medicina; 54,28 en Psicología y 36,58 para Derecho. Se encontró correlación entre el valor de IE y nota promedio hasta el momento ($p=.019$), mayor para Medicina ($p=.001$), seguido de Psicología ($p=.066$); no se encontró relación en los otros programas. Se presenta un modelo de dependencia cúbica entre coeficiente de inteligencia emocional y rendimiento

académico significativo para el total de la población de Medicina y Psicología. Así mismo se encontró dependencia significativa de este coeficiente con programa ($p=.000$) y semestre ($p=.000$), aunque esta última presenta tendencia clara solo para Medicina. Los resultados coinciden con los de otros estudios que encuentran correlación entre inteligencia emocional y rendimiento académico”²³.

“Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana” es un artículo escrito por Esther Izquierdo en el año 2015, con el propósito de “describir los elementos cualitativos que se presentan entre la teoría de Jean Watson: Filosofía y Ciencia de la asistencia y la inteligencia emocional”, a través de principios conceptuales racionales y analizables desde el pensamiento lógico, mediante métodos teóricos, inductivo-deductivos específicamente histórico-lógico, de análisis-síntesis y sistémico-estructural-funcional. Se realizó, además, un análisis de los 10 factores que componen la teoría de Jean Watson y su vinculación con la inteligencia emocional, con lo que la autora llega a la conclusión de que “cada uno de los elementos que se relacionan, en la Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional al ser contextualizado, implica la presencia de un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico de su objeto, basado en el método científico que responda siempre a la búsqueda, planteamiento y solución de los problemas surgidos en la vida de los hombres. Cada uno de estos factores tiene un componente fenomenológico dinámico relacionado con las personas a las que se les brindan los cuidados”. Este artículo resulta fundamental para el desarrollo del análisis de la investigación en desarrollo, puesto que constituye una base para la misma⁵.

Otro antecedente importante para el desarrollo de la presente investigación debido a que combina las dos teorías en estudio, tiene el título “Emotional Intelligence And Caring Behaviors: Is There A Relationship?”, realizada por Deborah Godbee Johnson en el año 2017, con el objetivo de estudiar si existe o no una relación entre el nivel de inteligencia emocional de las enfermeras y su capacidad para demostrar comportamientos afectivos en el entorno clínico, según los supuestos de los procesos caritas de la Teoría del Cuidado Transpersonal. Se trató de una investigación cuantitativa correlacional, con una muestra de conveniencia de 100 enfermeras en un centro hospitalaria del tercer nivel de atención. La recolección de datos se dio a partir de la aplicación de la Escala de evaluación de emociones de Schutte y la Escala de eficacia del cuidado de Coates; y gracias al análisis y correlación de los datos, se obtuvo que existe una correlación positiva

estadísticamente significativa ($r = 0,26$, $p < 0,007$) entre el nivel de inteligencia emocional en enfermeras y su capacidad para demostrar comportamientos afectivos ⁵¹.

2.1.2.2. Teoría del cuidado transpersonal

El trabajo final de graduación más antiguo recuperado se titula “Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado, UNMSM 2013”; realizado por Laydi León Camones en el año 2014 para optar por la Licenciatura de Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con el objetivo de “determinar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado”, la autora utilizó un instrumento modificado del cuestionario “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)”, aplicado a estudiantes de cuarto y quinto año de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la UNMSM; matriculados en el año académico 2013. Posteriormente se realizó un análisis tomando como base la teoría del cuidado transpersonal y haciendo énfasis en las cuatro dimensiones derivadas de los 10 factores de cuidado: fenomenológica, de interacción, científica y de necesidades humanas. Con esto, la autora llega a la conclusión de que la percepción de la mayoría de los estudiantes de enfermería se basa en que el cuidado humanizado brindado no responde en su totalidad a las manifestaciones de aprecio, comprensión, atención y asistencia que este cuidado debe tener; mientras que esta población no logra desarrollar a cabalidad la interacción interpersonal continua y permanente entre la enfermera y el paciente hospitalizado ⁵².

Otra tesis relacionada con el tema es “Cuidado de enfermería enfocado a la teoría de Jean Watson según los estudiantes del VII ciclo de enfermería, Universidad Alas Peruanas, Surco - 2015”, llevada a cabo por Silvia Paredes Quispe para optar por la licenciatura en esta disciplina; con el objetivo de determinar el cuidado de enfermería en esta población. Consistió en un estudio cuantitativo descriptivo correlacional, con una población de 60 estudiantes de la Escuela de Enfermería del VII ciclo de la universidad mencionada previamente; se realizó la recolección de datos a través de una entrevista con 13 ítems que corresponde a las dimensiones de valores éticos, relación paciente - enfermero, educación, necesidades humanas; propuestas por la teorizante. Y se concluyó que el nivel de cuidado de enfermería enfocado a la teoría de Jean Watson, según los estudiantes del VII ciclo de enfermería de la UAP, Surco, es regular puesto que realizan acciones

en función de la persona, sin embargo, en ocasiones no cuentan con tiempo suficiente para escucharla ⁵³.

“Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencias del Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo 2016” es una tesis realizada por Adalila Santos Rodríguez Ruiz en el año 2016 en la Universidad Privada Antenor Orrego en Perú, para optar por la licenciatura en enfermería; con el objetivo de determinar el nivel de cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Este trabajo se basó en la teoría del cuidado transpersonal de Watson. En relación con la metodología, este estudio es una investigación con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo. La muestra se conforma por 120 pacientes del servicio de emergencias del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. La técnica de recolección de datos fue por medio del cuestionario de Comportamiento de cuidado Humanizado en enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión. El análisis que se llevó a cabo fue de tipo descriptivo y los datos fueron procesados en el programa SPSS 23. El resultado de la investigación fue que el 63.3% de enfermeras presentó nivel de cuidado humanizado alto, en el 36.7% de enfermeras fue medio, y ninguna presentó nivel bajo, en el 58.3% de enfermeras el nivel de cuidado humanizado según dimensión de cualidades del hacer de enfermería fue alta, en el 38.3% media, y el 3.3% baja, el 35.8% de enfermeras mostró alto nivel de apertura a la comunicación enfermera - paciente, el 57.5% de enfermeras su nivel es medio, y el 6.7% de enfermeras su nivel es bajo. El 50.8% de enfermeras su nivel de disposición para la atención es alta, el 47.5% de enfermeras su nivel es medio, y el 1.7% de enfermeras su nivel es bajo ⁵⁴.

El último trabajo final de graduación en modalidad tesis, se titula “Calidad del cuidado humanizado del profesional de enfermería según percepción de los pacientes, en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, Hospital de la Amistad Perú - Corea II “Santa Rosa - Piura” Enero 2019” y fue realizado por Mayra Juárez en el año 2019; con el objetivo de determinarlo con base en las dimensiones de empatía, apoyo emocional, apoyo físico, disponibilidad de atención y priorización al ser cuidado; mediante un estudio cuantitativo descriptivo prospectivo en población de pacientes oncológicos que reciben tratamiento en la unidad de quimioterapia ambulatoria del hospital mencionado previamente (promedio de 100 personas). Se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas basadas en las dimensiones de Watson, con lo cual se concluyó que la calidad de cuidado humanizado que brindan los profesionales de enfermería percibida en los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria va de un nivel calidad media a un nivel bajo, al igual que las

dimensiones de empatía, apoyo emocional, apoyo físico y priorización al ser cuidado va de un nivel medio a un nivel bajo ⁵⁵.

Por otra parte, "El cuidado humanizado en la formación de pregrado de enfermería" es una monografía realizada por Laura Daniela Guerrero en el año 2017 en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales en Colombia; con el objetivo de identificar los aspectos en la formación de estudiantes de enfermería que colaboran en la comprensión, aplicación y formación en cuanto al cuidado humanizado dentro de los últimos dieciséis años (2000-2016) a través de una revisión monográfica. Este trabajo se basa en la teoría del cuidado transpersonal de Watson. En relación con la metodología, "se realizó una revisión de literatura con la búsqueda en bases de datos electrónicas, revistas digitales y motores de búsqueda con los descriptores de enfermería, educación en enfermería, programas de graduación en enfermería, evaluación en enfermería, estudiantes de enfermería y sus diferentes combinaciones. El análisis de la información se realizó a partir de una tabla en Word que permitió clasificar los artículos por su aporte al logro de los objetivos específicos propuestos. En cuanto a los resultados, se encontraron 11 artículos; 4 corresponden a revisión bibliográfica, 1 a reflexión y 6 artículos de investigación; 4 fueron en español, 2 en portugués y 5 en inglés. En el plan de estudios que reportan los artículos el cuidado humanizado no se encuentra explícito. Se concluye que existe una brecha entre la teoría que se imparte en las aulas de clase y lo que se aplica y exige en el campo práctico, por ende, es necesario encontrar la manera de articular los contenidos y unificar el proceso formativo ⁵⁶.

En cuanto a artículos de revistas internacionales, el más antiguo de ellos se titula "Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015", realizado por Rosa Guerrero Ramírez, Mónica Elisa Meneses y María De La Cruz Ruiz en el año. Su objetivo fue determinar el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería según la teoría de Jean Watson, Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Este trabajo se basa en la teoría del cuidado transpersonal de Watson. En relación con la metodología, este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal. La población total estuvo conformada 46 profesionales de enfermería que laboran en los Servicios de Medicina. La técnica de recolección de datos fue por medio del instrumento "Escala en la medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Jean Watson". El análisis que se llevó a cabo fue de tipo descriptivo y los datos fueron procesados en el programa SPSS 21. Los resultados indican que el cuidado humano que ofrecen

los enfermeros es regular en un 52%, mientras que el 26%, es alto. Según las dimensiones: satisfacción de necesidades: el cuidado humano 59% ofrece regular, mientras que el 30% es alto; habilidades técnicas de enfermería el cuidado humano de regular 91%, y el nivel bajo 9%. El autocuidado de la profesional es el cuidado humano de regular un 57%, mientras 24% bajo. Aspectos éticos del cuidado el 65% en cuidado humano de regular y el 13% bajo. Relación enfermera-paciente el 65% en cuidado humano de regular, y el 20% alto. Aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano de regular, un 4% bajo. Se concluye que el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos ⁵⁷.

El último artículo encontrado se titula “Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado” y fue realizado por Jacqueline Salgado, Sandra Valenzuela y Katia Sáez en el año 2015, con el objetivo de “determinar los comportamientos del cuidado percibido por estudiantes de último año de la carrera y la congruencia con la percepción de los mismos, por los usuarios receptores del cuidado”, las autoras llevaron a cabo un estudio con enfoque cuantitativo y con diseño descriptivo transversal en la población de estudiantes de enfermería de internado de tres universidades en Concepción, Chile, así como a las personas que reciben el cuidado que brindan; a quienes se les aplicó el cuestionario CBI de Zane Wolf, basado en la teoría del cuidado humano de Watson. Con esto llegaron a la conclusión de que estas personas estarían en condiciones de evaluar asertivamente comportamientos del cuidado humanizado, aunque no de la misma forma en cuanto al conocimiento y destreza profesional de la dimensión ⁵⁸.

La inteligencia emocional ha sido ampliamente estudiada como fenómeno y en distintas poblaciones, tanto a nivel nacional como internacionalmente. Los estudios realizados en Costa Rica que involucran esta temática van desde el año 1999 y 2015 entre trabajos finales de graduación y artículos publicados, los cuales se ubican en áreas de educación, psicología y trabajo social con poblaciones pediátricas, adolescentes y adultos jóvenes; sin embargo, no existen estudios realizados en estudiantes de enfermería.

En cuanto a las referencias nacionales de trabajos finales de graduación y artículos que hagan uso de la teoría del cuidado transpersonal, se obtuvo resultados que van desde 1998 hasta 2014, y si bien es cierto son más abundantes, estos se centran en desarrollo de habilidades para la

vida, sexualidad y ambientes hospitalarios; ninguno de ellos toma a población estudiantil, o bien, realiza un análisis en conjunto con la teoría del inteligencia emocional.

Ahora bien, los antecedentes internacionales sobre inteligencia emocional son muy numerosos, y por tanto, fue posible cumplir con el criterio de hasta 5 años de antigüedad. Se recuperaron artículos y trabajos finales de graduación realizados entre el 2014 y 2018; con la gran ventaja de que muchos de estos incluyen a población estudiantil de enfermería e incluso utilizando el instrumento aplicado en este estudio, por lo que resultan sumamente útiles.

Sobre las referencias de artículos y trabajos finales de graduación que hagan uso de la teoría del cuidado transpersonal en el ámbito internacional, se obtuvo resultados de trabajos realizados entre 2014 y 2019, la mayor parte enfocados en el comportamiento del y la enfermera en ambientes hospitalarios, así como en ámbitos académicos. En varios estudios se lleva a cabo un análisis combinando esta teoría junto con inteligencia emocional, y por tanto, son antecedentes vitales para esta investigación.

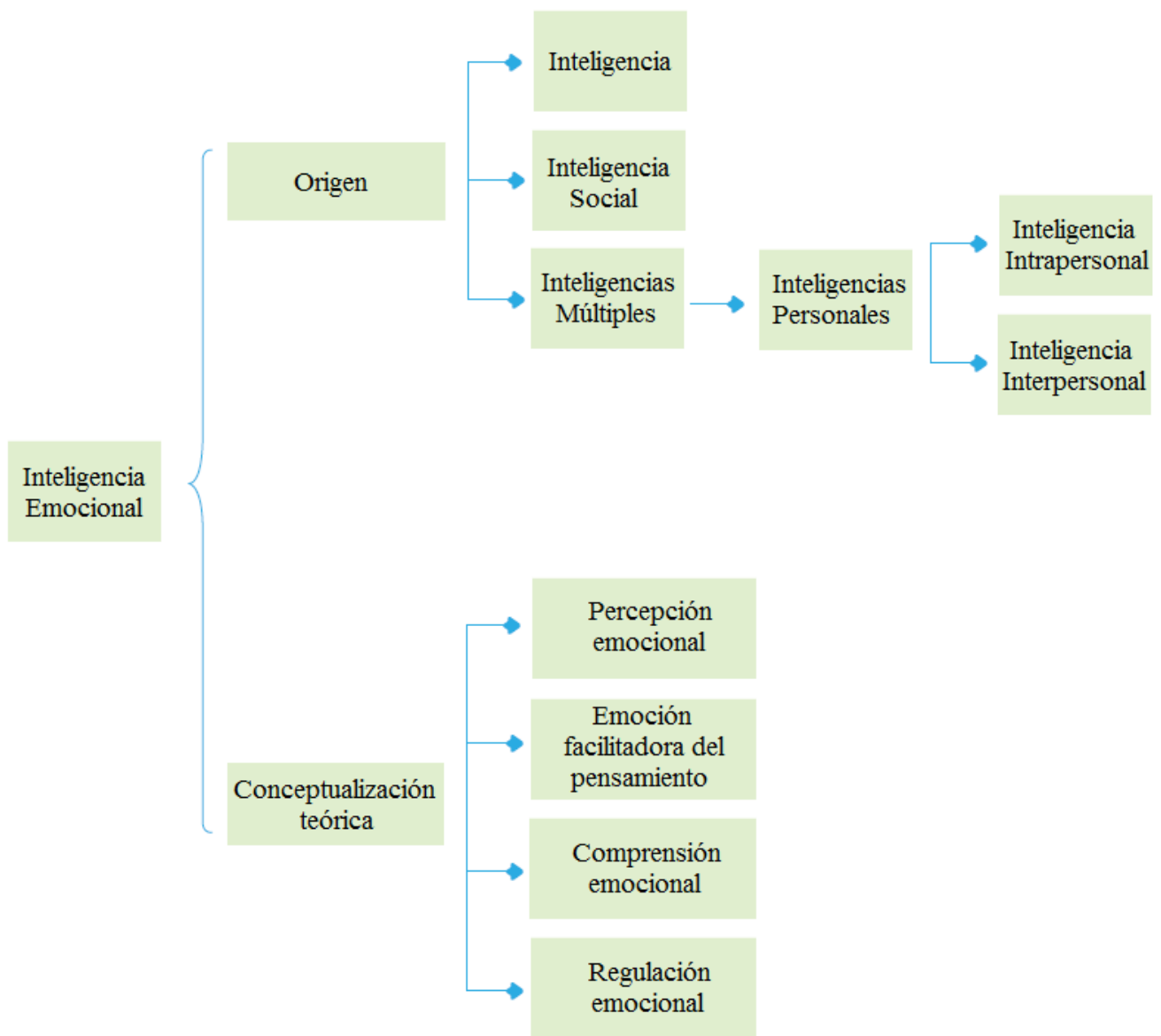
A grandes rasgos, el estudio de la inteligencia emocional y del cuidado transpersonal en estudiantes de enfermería ha sido más amplia internacionalmente; en Costa Rica existen estudios sobre las temáticas, sin embargo, no son recientes o no involucran a la población de interés; por esta razón, se toma en cuenta mayormente referencias internacionales, ya que cumplen los criterios de antigüedad, temática y población

2.2. Marco teórico

El marco teórico es de gran importancia para toda investigación debido a que consiste en referencias para interpretar los resultados del estudio ²⁶, y este se basa en teorías, las cuales son definidas como “un conjunto de proposiciones interrelacionadas capaces de explicar por qué y cómo ocurre un fenómeno” ²⁶. Para su construcción, se siguió el procedimiento de vertebración o ramificación del índice con las dos teorías adoptadas en la investigación las cuales son la inteligencia emocional de Salovey y Mayer y la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, enfocada principalmente en los 10 procesos caritas. Dicho proceso se muestra en las figuras 2 y 3.

Figura 2

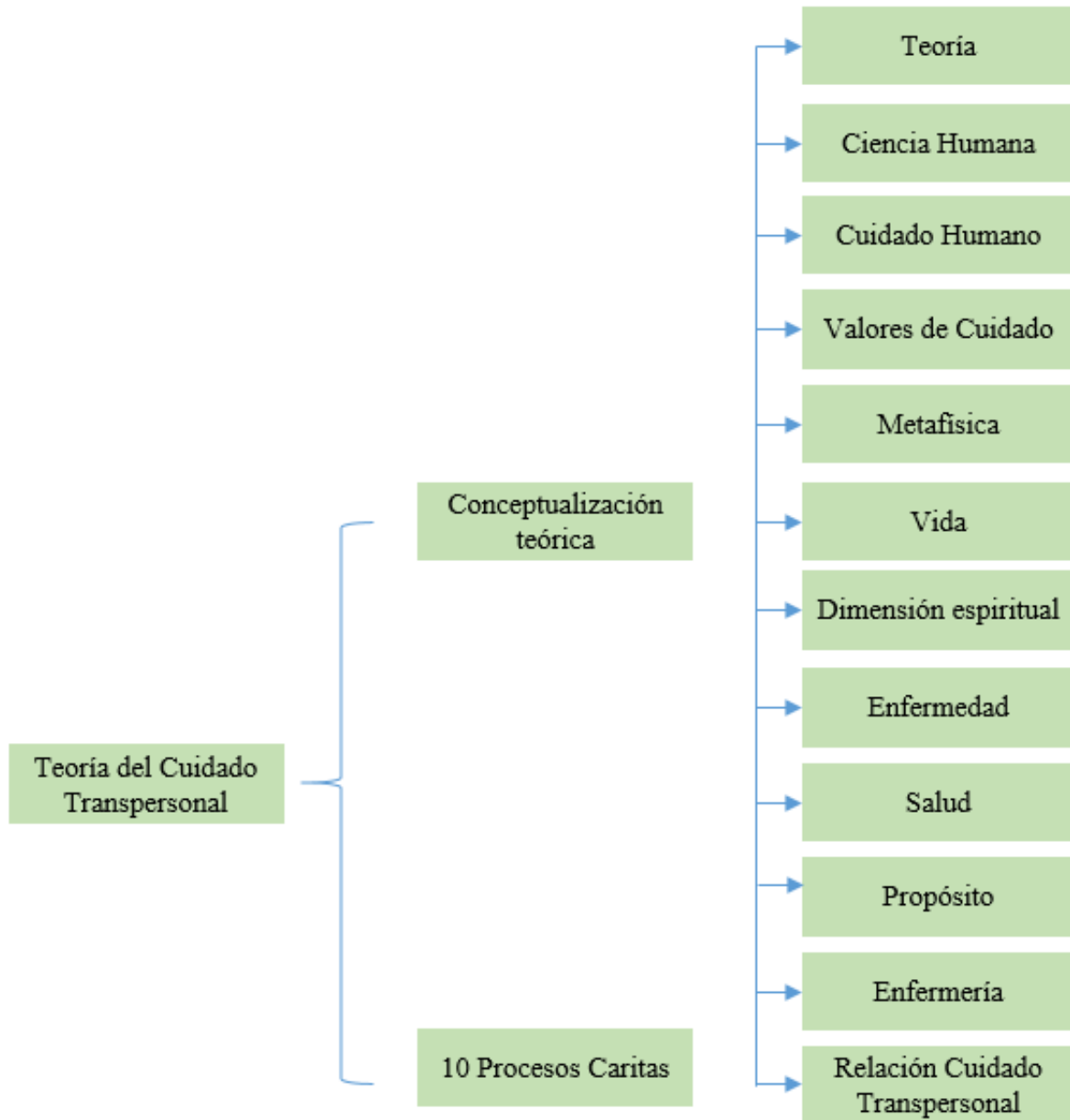
Vertebración del índice del marco teórico con la teoría de inteligencia emocional



Nota. Elaboración propia.

Figura 3

Vertebración del índice del marco teórico con la teoría del cuidado transpersonal y los procesos caritas



Nota. Elaboración propia.

2.2.1. Inteligencia emocional

2.2.1.1. Origen

La conceptualización de inteligencia ha variado en función de la época y el contexto cultural, por lo que su comprensión es necesaria para entender la inteligencia emocional. En la Grecia Clásica esta fue descrita por Pitágoras como “viento”, mientras que posteriormente Descartes hace mención a ella como “la habilidad de diferenciar la verdad de la mentira”⁵⁹, y Wechsler como “la capacidad global del individuo para actuar con determinación, pensar racionalmente y tratar eficazmente con su entorno”⁶⁰. Con el tiempo, empezó a surgir la idea de que la inteligencia no se restringía únicamente a la interpretación y resolución de problemas lógico-matemáticos, sino que también permeaba las relaciones y las emociones de cada persona. De esta forma, si la inteligencia era descrita como un conjunto de habilidades mentales, entonces las habilidades sociales y emocionales no debían dejarse de lado. Formalmente a principios del siglo XX surge el concepto de inteligencia social a manos E. Thordike, el cual se refería a esta como “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”⁶¹, así como la capacidad de percibir los estados, motivos y comportamientos internos, propios y ajenos, y de actuar de manera óptima en función de esa información. El concepto de inteligencia social tiene una larga historia entre los investigadores de inteligencia¹, siendo este el primer precursor conceptual de la inteligencia emocional.

El surgimiento de este primer concepto fue sólo el principio de una subdivisión extendida de la inteligencia, de forma tal que para 1983, Howard Gardner, investigador y profesor de la Escuela de Educación de la Universidad de Harvard, plantea la teoría de las inteligencias múltiples. Para dicho autor, cada persona está dotada de una inteligencia formada que surge de una combinación de inteligencias múltiples, cuyo grado y profundidad varían, y que pueden ser aumentados con la práctica y el entrenamiento, las cuales son⁶²:

- 1. Inteligencia lingüística:** La habilidad para utilizar el lenguaje de forma espacial y creativa, y que tienen bien desarrollada aquellas personas que desempeñan trabajos en profesiones como derecho, literatura, en editoriales, interpretación, entre otros.
- 2. Inteligencia lógica y matemática:** Es la habilidad para pensar de una manera racional, a menudo encontrada en profesionales que se dedican a la medicina, ingeniería, programación, ciencia, entre otros.

- 3. Inteligencia espacial:** Es la habilidad para formar imágenes y modelos mentales de realidades especiales y del mundo como tienen profesionales en arquitectura, decoración, escultura, pintura, entre otros.
- 4. Inteligencia musical:** Tener un buen oído para la música, como en músicos, compositores, entre otros.
- 5. Inteligencia corporal y kinestésica:** Tener un cuerpo bien coordinado como es común ver en deportistas, bailarines, actores, entre otros.
- 6. Inteligencia interpersonal:** La que tienen las personas que trabajan en contacto con otras personas como quienes se dedican a las ventas, política, docencia, entre otros.
- 7. Inteligencia intrapersonal:** En esta destacan las personas que se conocen bien a sí mismas y que son capaces de aplicar su talento de manera exitosa, la tienen las personas bien equilibradas y que se manejan bien en los diversos planos de la vida.
- 8. Inteligencia naturalista:** Es la inteligencia para entender y organizar las pautas de la naturaleza.

De esta forma, las inteligencias personales, divididas en interpersonal e intrapersonal, son los precursores conceptuales más actuales de la inteligencia emocional.

2.2.1.2. Conceptualización teórica

La conceptualización abordada en la investigación se basa únicamente en la de John Mayer, psicólogo estadounidense graduado de la Universidad de New Hampshire, y Peter Salovey, psicólogo estadounidense y actual presidente de la Universidad de Yale. La decisión surge debido a que estos autores fueron los primeros teóricos de la inteligencia emocional y que esta propuesta es planteada desde un constructo multidimensional, a diferencia de otras, como la brindada por Goleman, enfocada principalmente en el desempeño laboral ²⁵. En 1997, Mayer y Salovey dan a conocer su definición más reciente de inteligencia emocional, la cual surge luego de reformular su teoría original planteada en 1990; en consecuencia del surgimiento de varios modelos con definiciones distintas y sin un adecuado respaldo científico, lo que generó una desnaturalización de la base teórica del término propuesto inicialmente ⁶³.

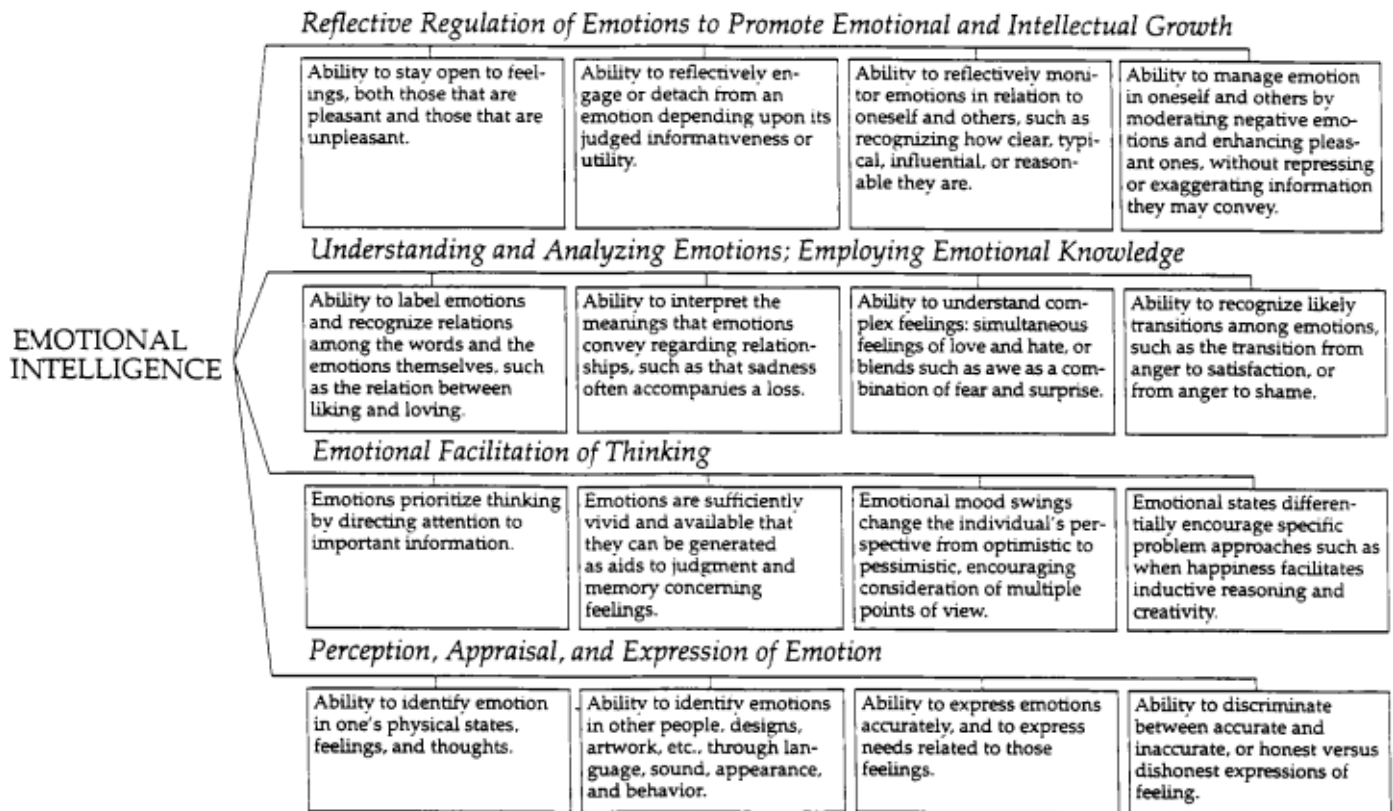
De acuerdo con estos autores, la inteligencia emocional es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y

la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”³. Es descrita por medio de una serie de procesos mentales que involucran información emocional, es decir, que requieren del almacenamiento, elaboración y traducción de los datos aportados por los sentidos, para su utilización inmediata y un eventual uso posterior; lo que destaca la relación que existe entre la inteligencia emocional y la cognición. “Cada uno de estos procesos es señalado como una habilidad que posee cada individuo en diferentes niveles, estos a su vez las expresan y entienden de formas diferentes, lo que permite que las habilidades derivadas puedan ser modificadas”⁶⁴.

Los procesos o habilidades son representados por cuatro ramas de habilidades, que a su vez, están formadas por otras más específicas⁶³. Mayer y Salovey indican que la base teórica de esta conceptualización está sustentada en la definición de Gardner de inteligencia personal, siendo este el motivo por el cual se empleó la palabra “habilidad” en lugar de “capacidad”⁶³. Las cuatro ramas de habilidades se detallan en la figura 4. De forma complementaria, Gálvez expone una traducción al español del mapa original, la cual se presenta en la figura 5.

Figura 4

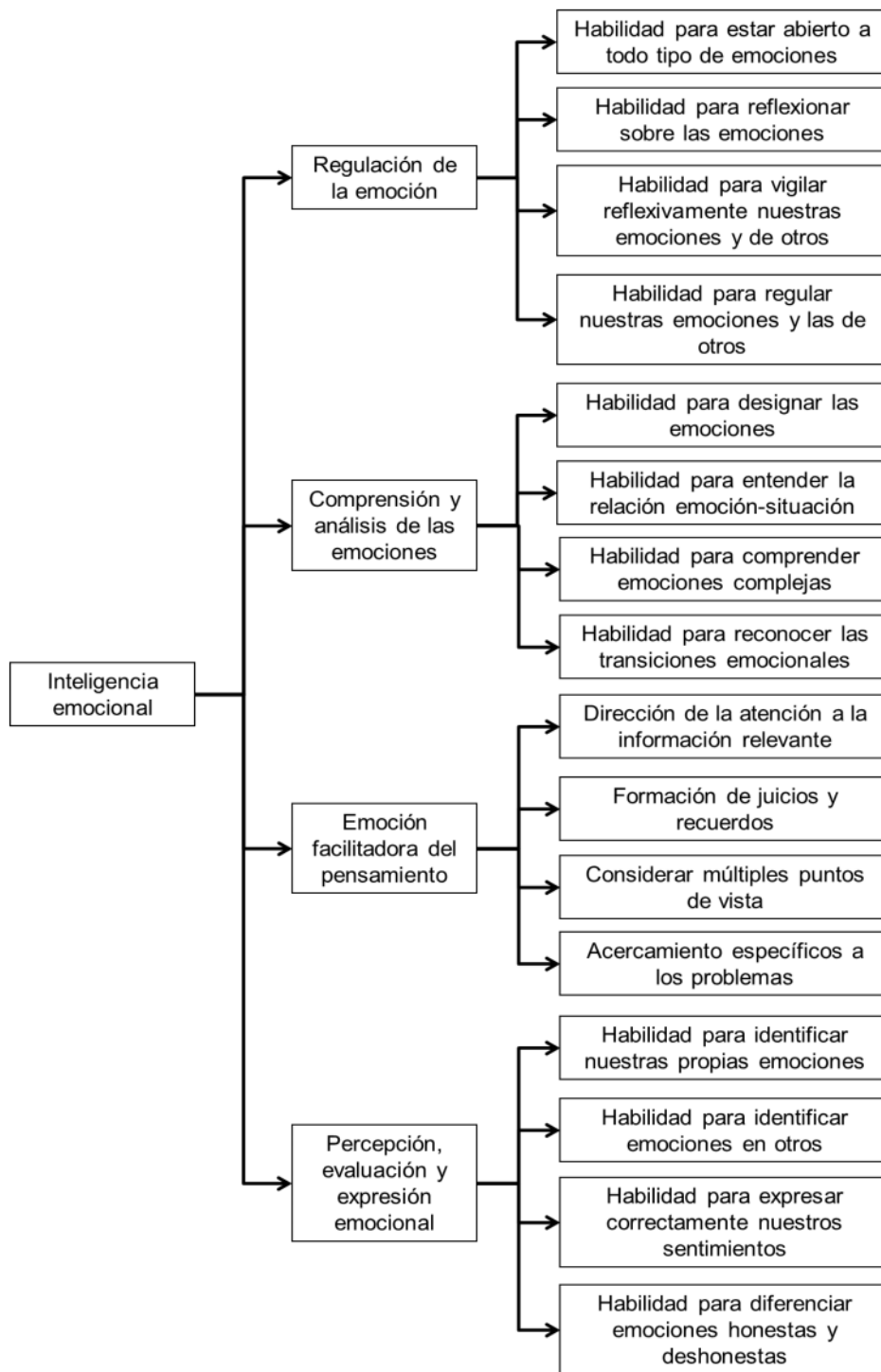
Conceptualización de inteligencia emocional



Nota. Tomado de “Emotional Development and Emotional Intelligence, Educational Implications” (p.11), por P. Salovey y D. Sluyter, 1997, BasicBooks ³.

Figura 5

Conceptualización de inteligencia emocional traducida al español



Nota. Tomado de “¿Qué es la inteligencia emocional?” (p.67), por C. Gálvez, 2016, Bubok Publishing ⁶³.

El orden de las ramas, desde la percepción hasta regulación emocional, representa el grado en que la habilidad es integrada dentro del resto de los principales subsistemas psicológicos de un individuo, es decir, dentro de su personalidad. Por lo tanto, la percepción y expresión de emoción (rama 1), y la capacidad de la emoción para mejorar el pensamiento (rama 2) son áreas relativamente discretas del procesamiento de información que se espera que estén integradas dentro del sistema de emociones. Por el contrario, el manejo de las emociones (rama 4) debe integrarse dentro de un individuo con planes y objetivos. Dentro de cada rama también hay una progresión del desarrollo de habilidades de los más básicos a los más sofisticados ⁶⁵. En los siguientes apartados, se explican cada uno de estos conceptos.

2.2.1.2.1. Percepción emocional

La primera rama denominada percepción emocional, también llamada evaluación o expresión emocional, se refiere a la “precisión con la que los individuos pueden identificar las emociones y el contenido emocional” ³. Incluye la habilidad para identificar las propias emociones, identificarlas en otros y expresar correctamente los sentimientos, así como diferenciar entre emociones honestas y deshonestas.

De acuerdo con Mayer, los niños pequeños aprenden a identificar los estados emocionales propios y ajenos, y a diferenciarlos. El bebé distingue las expresiones faciales emocionales desde el principio y responde a las expresiones de los padres. A medida que crece, será más preciso identificando sus propias sensaciones musculares y corporales, así como su entorno social (cuadro 1 de la rama 1). Un individuo maduro puede controlar cuidadosamente los sentimientos internos. Si se le pregunta a una persona adulta que se queda despierta hasta tarde cómo se siente, podría responder que está en parte llena de energía, en parte cansada y en parte ansiosa, es decir, su pensamiento está claro ³.

Los sentimientos pueden ser reconocidos no solo en uno mismo sino en otras personas, animales y en objetos. A medida que un niño crece, imaginativamente atribuye sentimientos a objetos animados e inanimados. Este pensamiento imaginativo puede ayudarle a generalizar, a partir de sí mismo y hacia los demás. Por ejemplo, puede conectar momentos en los que está personalmente ansioso y tiene una postura contraria a la observada en mascotas, otros niños, objetos e imágenes, lo que le permite reconocer expresiones ansiosas en otras personas y cosas (cuadro 2). Desarrollada y abstraída adecuadamente, la persona comienza a evaluar la emoción

donde sea que se exprese: en otras personas, en la arquitectura, en las obras de arte, entre otros. El individuo también puede expresar sentimientos con precisión y expresar las necesidades que rodean esos sentimientos (cuadro 3), porque emocionalmente los individuos inteligentes conocen la expresión y manifestación de la emoción, también son sensibles a su expresión falsa o manipuladora (cuadro 4) ³.

2.2.1.2.2. Facilitación emocional

La siguiente rama denominada facilitación emocional del pensamiento, se refiere a la “emoción que actúa sobre la inteligencia; describe eventos emocionales que ayudan al procesamiento intelectual” ³, es decir, “la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento. Las emociones influyen de manera positiva en el razonamiento y en el procesamiento de la información del entorno, por lo que si se logran controlar adecuadamente, una persona puede ser capaz de mejorar su relación con el medio” ⁶⁶. Esta rama incluye las dimensiones de dirección de la atención a la información relevante, formación de juicios y recuerdos, considerar múltiples puntos de vista, y acercamiento específicos a los problemas.

De acuerdo con Mayer y Salovey, la emoción funciona como un sistema de alerta, esencialmente desde el nacimiento. El bebé llora cuando necesita leche, calor u otros cuidados, y se ríe en respuesta a sonrisas y otros placeres. Las emociones operan así desde el principio para señalar cambios importantes en la persona y en el entorno. A medida que la persona madura, las emociones comienzan a moldear y mejorar el pensamiento al dirigir la atención de una persona hacia cambios importantes. Por ejemplo, un niño se preocupa por su tarea mientras ve la televisión, un maestro se preocupa por una lección que debe completarse para el día siguiente; el profesor, con su pensamiento más desarrollado, continúa para completar la tarea antes de que su preocupación supere su disfrute (cuadro 1) ³.

Una segunda contribución de la emoción al pensamiento consiste en generar emociones "a pedido" para que puedan entenderse mejor. Cuando se les pregunta “¿cómo se siente el personaje de una historia?” o cuando deciden cómo se siente otra persona, los niños pueden generar el sentimiento dentro de sí mismos para ponerse en el lugar del otro”; esto permite la inspección inmediata y en tiempo real de la persona, sus sentimientos y características. En la persona en crecimiento, la capacidad de generar sentimientos ayuda con la planificación. El individuo puede anticipar cómo se sentiría ingresar a una nueva escuela y recibir una crítica social. Anticipar tales

sentimientos puede ayudar a una persona a decidir si tomar un trabajo o hacer una crítica. En otras palabras, existe un "teatro emocional de la mente", o más técnicamente, un campo de procesamiento en el que las emociones pueden generarse, sentirse, manipularse y examinarse para que se entiendan mejor. Cuanto más preciso y realista sea este tipo de teatro emocional, más puede ayudar al individuo a elegir cursos de vida alternativos (cuadro 2). Las dos habilidades restantes de la rama 2 son ejemplos de un conjunto más amplio de contribuciones emocionales a pensamientos más sofisticados y eficientes ³.

La emocionalidad puede ayudar a las personas a considerar múltiples perspectivas. Recordando que el juicio congruente con el estado de ánimo implica pensamientos optimistas o pesimistas. Un estudiante de último año de secundaria triste puede sentirse poco apto y, en consecuencia, postularse en muchas universidades con estándares de admisión fáciles. Luego, a medida que mejore su estado de ánimo, podría postularse en universidades más selectivas. Los cambios de humor de esta persona la llevaron a considerar más posibilidades, lo que será una ventaja en condiciones de incertidumbre (cuadro 3). Es probable que los parientes de una persona maníaca-depresiva tengan más cambios de humor que otros, lo que les ayuda a cambiar de perspectiva con frecuencia. Esto puede explicar por qué estos familiares son calificados como personas que exhiben una mayor creatividad tanto en sus actividades ocupacionales como no ocupacionales. La habilidad final en esta rama reconoce que los diferentes tipos de estados de ánimo pueden facilitar diferentes tipos de trabajo y diferentes formas de razonamiento (por ejemplo, deductivo versus inductivo) (cuadro 4) ³.

2.2.1.2.3. Comprensión emocional

La tercera rama denominada comprensión emocional, también llamada comprensión y análisis de las emociones, se refiere a la "capacidad para comprender las emociones y utilizar el conocimiento emocional" ³. Incluye la habilidad para designar las emociones, entender la relación emoción-situación, comprender emociones complejas, y reconocer las transiciones emocionales.

De acuerdo con Mayer y Salovey, poco después de que el niño reconoce las emociones, comienza a etiquetarlas y a percibir las relaciones entre esas etiquetas. El niño debe reconocer las similitudes y diferencias entre el gusto y el amor, la molestia y la ira, entre otros (cuadro 1). El niño está aprendiendo simultáneamente lo que significa cada sentimiento en términos de relaciones. Los padres y madres enseñan a los niños sobre el razonamiento emocional al vincular

las emociones con las situaciones. Por ejemplo, enseñan la conexión entre la tristeza y la pérdida, al ayudar a una niña a reconocer que está triste porque su mejor amiga ya no pasará más tiempo con ella. Una filosofía formal de los sentimientos se ha desarrollado a lo largo de los siglos, esto se evidencia en la definición de la vergüenza como un "dolor acompañado de la idea de alguna acción propia, que creemos que es culpada por otros". Existe cierto consenso en cuanto a estos significados, el enojo frecuentemente visto como resultado de la percepción de la injusticia, la tristeza derivada de la pérdida, el miedo a la amenaza, entre otros ³.

El conocimiento emocional se manifiesta en la infancia y crece a lo largo de la vida, con una mayor comprensión de estos significados emocionales (cuadro 2). La persona en crecimiento también comienza a reconocer la existencia de emociones complejas y contradictorias en ciertas circunstancias. El niño aprende que es posible sentir amor y odio hacia la misma persona. Probablemente también en este nivel de desarrollo, se reconocen mezclas (o combinaciones) de emociones. Por ejemplo, el asombro a veces se ve como una combinación de miedo y sorpresa; la esperanza como una combinación de fe y optimismo (cuadro 3). Las emociones tienden a producirse en cadena: la ira puede intensificarse a la ira, expresarse y luego transformarse en satisfacción o culpa, según las circunstancias. El individuo sigue la razón acerca de las secuencias de emoción: una persona que se siente desagradable puede rechazar el cuidado de otra persona por temor a un rechazo posterior. El razonamiento sobre la progresión de los sentimientos en las relaciones interpersonales es fundamental para la inteligencia emocional (cuadro 4) ³.

2.2.1.2.4. Regulación emocional

La rama más alta denominada como regulación emocional, también llamada regulación reflexiva de emociones, se refiere a la "regulación consciente de las emociones para mejorar el crecimiento emocional e intelectual" ³. "De esta capacidad nace la automotivación, ya que para estos autores una regulación correcta de las emociones puede ayudar a determinar prioridades" ⁶⁶. Incluye la habilidad para estar abierto a todo tipo de emociones, para reflexionar sobre las emociones, para vigilar reflexivamente nuestras emociones y de otros, y para regular nuestras emociones y las de los otros.

De acuerdo con Mayer y Salovey, las reacciones emocionales deben ser toleradas, incluso bienvenidas, cuando ocurren, independientemente de cuán agradables o desagradables sean. Solo si una persona atiende a las emociones se puede aprender algo sobre ellos. Por esa razón, la rama

del nivel más alto comienza con la apertura a estas (cuadro 1). A medida que la niña crece, sus padres le enseñan a expresar o no ciertas emociones, como sonreír en público incluso si se siente triste, ir a su habitación si está enojada. Gradualmente, la niña internaliza estas divisiones entre sentir y actuar; se da cuenta de que las emociones pueden separarse del comportamiento. Los padres enseñan estrategias rudimentarias de control de las emociones, como contar hasta 10 cuando se esté enojado. Como consecuencia, el niño aprende a participar y desconectarse de la emoción en los momentos apropiados. La ira contra otro o contra una injusticia puede ser útil para razonar sobre la situación, pero probablemente menos cuando el sentimiento está en su punto culminante³.

En esos momentos, el individuo emocionalmente maduro sabrá retroceder y discutir asuntos con confidentes más serenos. Más tarde, la percepción emocional y la energía que brindan tales experiencias pueden aplicarse al proceso de razonamiento, y pueden motivar y proporcionar un medio para, por ejemplo, provocar la ira de otros en oposición a la injusticia (cuadro 2). A medida que el individuo madura, también surge una experiencia reflexiva o meta-existente del estado de ánimo y la emoción. Estas emociones implican experiencias de estado de ánimo como "no entiendo completamente cómo me siento" o "este sentimiento está influyendo en cómo estoy pensando". Tales pensamientos son reflexiones conscientes sobre las respuestas emocionales, en oposición a las simples percepciones de los sentimientos. La meta-experiencia del estado de ánimo parece divisible en dos partes: evaluación de pareja y meta-regulación. Las evaluaciones incluyen cuánta atención se presta al estado de ánimo y qué tan claro, típico, aceptable e influyente es el estado de ánimo (cuadro 3). La regulación se refiere a si el individuo está tratando de mejorar un mal humor, amortiguar uno bueno o dejar el estado de ánimo solo. Las meta-experiencias del estado de ánimo parecen estar relacionadas con fenómenos importantes, como cuánto tiempo uno se detiene en experiencias traumáticas. Las leyes de la meta-experiencia aún no se conocen bien, se han desarrollado nuevas medidas para evaluar tanto su dinámica continua como sus cualidades disposicionales. Una cualidad que parece importante es que las emociones se entienden sin exagerar o minimizar su importancia (cuadro 4)³.

2.2.1.3. Implicaciones del género/sexo en la inteligencia emocional

Existen distintos factores relacionados con las dimensiones de la inteligencia emocional, entre estos se encuentra el género/sexo. Según las medidas de auto informe, algunos investigadores han demostrado que en adultos, las mujeres presentan una mayor tendencia a prestar atención a sus emociones que los hombres, lo cual es consistente con la idea de que las mujeres tienden a pensar más sobre sus emociones, pero muestran menor comprensión y regulación emocional ^{67,68}. El mismo patrón de puntajes ha sido encontrado en mujeres en etapa de adolescencia tardía con respecto a la percepción emocional, aunque no es de esta forma para la comprensión y regulación emocional ⁶⁹.

2.2.2. Teoría del cuidado transpersonal

La teoría del cuidado transpersonal fue propuesta y descrita en el año 1985 y reeditada en 1988 y 1999, por Jean Watson, enfermera originaria de Colorado, quien realizó sus estudios de licenciatura en Virginia; posteriormente su maestría en salud mental y doctorado también en Colorado ⁶.

2.2.2.1. Conceptualización teórica

Watson desarrolla ampliamente ciertos términos importantes, previo a la profundización en su teoría. A continuación se describe la conceptualización de los cuatro meta-paradigmas de enfermería, otros conceptos clave y la teoría misma.

2.2.2.1.1 Teoría

“Una teoría es una agrupación imaginativa de conocimiento, ideas y experiencias que son representadas simbólicamente y pretenden iluminar un fenómeno dado” ¹⁷. La perspectiva científica y teórica se encuentra directamente relacionada con el arte, las humanidades y la filosofía, con el fin de evitar caer en el reduccionismo numérico e información factual; de forma que la enfermería busque la verdad oculta y el desarrollo de nuevo conocimiento sobre el comportamiento de las relaciones humanas en la salud y enfermedad, además de descubrimientos sobre el profesional en el cuidado humano. El fin último de esta teoría “es clarificar la naturaleza de la contribución de enfermería a la humanidad a través de una perspectiva teórica que ayude a

resolver ciertos problemas conceptuales y empíricos relacionados con la ciencia enfermera y la preservación de la persona y el cuidado humano”¹⁷.

2.2.2.1.2. Ciencia humana

Watson realiza una recopilación de distintas visiones de enfermería por parte de diferentes líderes históricas para la disciplina, tales como Florence Nightingale, Virginia Henderson, Lydia Hall, Frances Krueter y Annie Goodrich, esto debido a que promueven conceptos cualitativos y subjetivos de enfermería desde una visión científica. Los puntos en los que convergen y que son utilizados para dar pie a la ciencia humana son¹⁷:

- Perspectiva del individuo como una persona valiosa que merece ser cuidada, respetada, alimentada, entendida y asistida; en general una visión filosófica de la persona totalmente integrada, la cual supera a la suma de sus partes.
- Énfasis en la relación humana, la transacción entre personas y su entorno, y cómo esto afecta su proceso de salud en un sentido amplio.
- Énfasis en el cuidado entre la enfermera y la persona, así como su impacto en el proceso de salud.
- Énfasis en el proceso no médico del cuidado humano y el cuidado de enfermería por las personas con diversas experiencias salud - enfermedad.
- Interés por la salud en sí, la promoción de la salud y el bienestar.
- Una posición sobre la diferencia entre el conocimiento en el cuidado humano de enfermería y el conocimiento médico complementario.

Es importante tomar en cuenta que la ciencia humana para enfermería debe diferenciarse de la ciencia humana descrita desde la psicología, puesto que para la primera disciplina se visualiza y cuida a la persona como un todo, y se interesa por la salud individual y colectiva. Todo esto tomando en cuenta que en enfermería confluyen distintas filosofías, como la visión de las personas como seres con experiencias subjetivas, la interconexión evolutiva entre el ser humano y el mundo, la salud como proceso y el cambio constante: enfermero o enfermera y persona como coparticipantes; con la perspectiva de la libertad humana, decisión y responsabilidad, el holismo de la psicología y biología. La epistemología que no solo busca lo empírico, si no también lo estético, valores éticos, intuición y procesos de descubrimiento, la ontología del tiempo y espacio, el contexto interhumano de los eventos, procesos y relaciones; y la perspectiva abierta de un mundo

científico. Esto indudablemente exige que se involucren conocimientos de la epistemología, metafísica, estética, humanidades, arte y empirismo ¹⁷.

2.2.2.1.3. Cuidado humano

La enfermería como ciencia y cuidado humano desde épocas de antaño, ha constituido un reto para quien la ejerce, puesto que requiere compromiso personal, social, moral y espiritual por parte de la enfermera, para sí misma y con el otro individuo; ya que se encarga de preservar la dignidad humana. Este cuidado no siempre ha sido visibilizado, debido a que abarca mayormente áreas ajenas al paradigma tradicional. Es vital dilucidar que esta conceptualización del cuidado no es simplemente una emoción, actitud o el deseo de benevolencia; es más bien la idea moral de enfermería que tiene el fin de proteger, mejorar y preservar la dignidad humana; lo cual involucra valores, compromiso, conocimiento, acciones en relación con el cuidado y, como consecuencia, lleva a visualizar la experiencia intersubjetiva en respuesta a procesos de salud - enfermedad, interacciones entre el entorno y la persona, un conocimiento sobre el proceso de cuidado, autoconocimiento, y conocimiento sobre el poder de un individuo y las limitaciones de las transacciones ¹⁷.

2.2.2.1.4. Valores del cuidado

El valor de cuidar involucra un sentido alto y fuerte de la espiritualidad del yo, debe llamar a una filosofía moral con el objetivo de proteger y preservar la dignidad humana. Los significados relacionados con la noción del cuidado se resumen en atención individual y preocupación, responsabilidad individual o previsión a cierto nivel, respeto individual y cariño o apego. El cuidado humano por sí mismo trasciende el acto de enfermería; produce resultados colectivos de la disciplina que tienen impactos importantes en la humanidad ¹⁷.

Las acciones realizadas a través del cuidado humano deben ser juzgadas por la persona que las recibe. El acto concreto de cuidar puede trascender al valor; debido a que estas ideas y acciones son contagiosas a nivel individual y sistémico si las condiciones son aptas, las cuales consisten en contar con el conocimiento necesario sobre el individuo a cuidar, intención de acción basada en el conocimiento; y un cambio positivo como resultado del cuidado percibido por la persona receptora ¹⁷.

Existen ciertos supuestos del cuidado humano relacionados con la enfermería, los cuales consisten en: 1. El amor y el cuidado son fuerzas universales y misteriosas, 2. Es necesario cuidar y amar para nutrir a la humanidad y evolucionar como civilización, 3. Enfermería se encarga de cuidar, y como tal, el desarrollo de su práctica contribuye a la sociedad, 4. Como principio se debe trabajar en el amor y el cuidado propio primeramente; para cuidar a las personas del entorno posteriormente, 5. El cuidado es la esencia de enfermería, 6. El cuidado humano únicamente es efectivo cuando se realiza de forma interpersonal, el proceso e intersubjetividad humana mantiene con vida el sentido de humanidad, enseña cómo ser humanos identificándose con otros, es decir, la humanidad reflejada en el otro ¹⁷.

Los principales valores para la teoría del cuidado transpersonal se relacionan con el respeto profundo por los misterios de la vida, conocimiento de la dimensión espiritual y el poder del cuidado humano, crecimiento y cambio. El cuidado humano requiere respeto y reverencia a la persona y vida humana; además de valores como la autonomía y la libertad de decisión ¹⁷.

2.2.2.1.5. Metafísica

La descripción de la metafísica yace en un entorno filosófico, sin embargo, una definición sencilla de la misma es “el intento por alcanzar una imagen general del mundo con procedimientos racionales” ⁷⁰, es decir, se encarga de estudiar el ser en esencia. En la teoría del cuidado transpersonal, Watson utiliza este término con el fin de brindar una perspectiva más clara de sus valores y creencias, además de transmitir de forma más efectiva sus ideas, dejando claro que mantiene una posición lejana al paradigma tradicional, tomando como centro la intersubjetividad humana. La enfermería se encarga de preservar y proteger la dignidad humana, y como tal, debe sumergirse en el mundo del ser; pero antes de esto debe sumergirse en su propio ser, conocerse e integrar alma, cuerpo y mente ¹⁷.

2.2.2.1.6. Vida

La vida humana es definida como “ser en el mundo, en el continuum del tiempo - espacio” ¹⁷, es el centro de la existencia humana, en la medida en que la persona logre alcanzar y vivir el significado de su existencia, en donde debe haber armonía entre lo que el individuo cree ser y lo que es realmente. El proceso del cuidado humano entre la enfermera y el individuo involucra

transacciones que conectan alma, cuerpo y mente de ambas partes en un momento dado; profundizando en el mundo interior ¹⁷.

La persona está compuesta por tres esferas: alma, cuerpo y mente, influenciados por el concepto del yo. La mente y las emociones constituyen el punto de inicio y de acceso al cuerpo y el alma. La persona, además de un organismo, es parte de la naturaleza, un ser espiritual; es el organismo perceptivo y que experimenta. La persona y el yo son lo mismo cuando la persona es congruente con el yo real, esto ocurre únicamente cuando las tres esferas están en armonía ¹⁷.

La experiencia de la totalidad humana constituye un campo fenomenológico, es decir, una realidad subjetiva; la cual únicamente puede ser conocida por la persona misma, a menos de que sea compartida a través de la empatía ¹⁷.

2.2.2.1.7. Dimensión espiritual

El mundo espiritual y alma se vuelven más importantes a medida que la persona crece y madura en un sentido individual y evoluciona con la humanidad; además estos varían en cada persona y cultura. El mundo se refiere a todas las fuerzas en el universo, desde el entorno inmediato y las situaciones que afectan a la persona en todas las esferas ¹⁷.

2.2.2.1.8. Enfermedad

Watson retoma dos conceptos clave: “disease” / “illness”. El primero como el proceso fisiopatológico visto desde el paradigma médico tradicional, y el segundo desde la perspectiva de la intersubjetividad humana, sobre el cual basa su teoría. La define como un desequilibrio entre las distintas esferas que componen la existencia de una persona (alma, cuerpo y mente); en donde “illness” puede provocar “disease” ¹⁷.

2.2.2.1.9. Salud

Se refiere a la unidad y armonía entre cuerpo, mente y alma; se encuentra asociado también a la congruencia entre las esferas. Se hace énfasis a la naturaleza del individuo, desde lo físico, estético, social y moral ¹⁷.

2.2.2.1.10. Propósito

El propósito de enfermería es apoyar a las personas para que alcancen la armonía entre alma, cuerpo y mente; lo cual genera autoconocimiento, autocuidado y auto sanación. Esto debe lograrse a través del proceso de cuidado humano de la transacción que responde al mundo interno de la persona; encontrando el significado de su existencia, desequilibrio y sufrimiento para promover la decisión de autocontrol, autodeterminación y decisiones basadas en el equilibrio entre salud - enfermedad ¹⁷.

2.2.2.1.11. Enfermería

El concepto como tal de enfermería se encuentra en constante cambio, sin embargo, es vital reconocerla como sujeto y verbo; como el primero de ellos se debe visualizar a la persona como respuestas y comportamientos; como verbo, consiste en “conocimiento, pensamientos, valores, filosofía, compromiso y pasión; todo relacionado con las transacciones del cuidado humano y el contacto del personal humano con la experiencias de la persona con el mundo” ¹⁷. El propósito de la enfermería es proteger, mejorar y preservar la humanidad a través de la coparticipación intersubjetiva del cuidado en la búsqueda del significado de la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia por parte de la persona y, de esta forma, colaborar en la adquisición de autoconocimiento, control y auto sanación, recuperando la armonía interna a pesar de las circunstancias ¹⁷.

Para el contexto de la teoría del cuidado transpersonal, enfermería es la ciencia humana y la mediación profesional, personal, científica, estética y ética en las experiencias de salud - enfermedad, así como las transacciones de cuidado dadas a partir de dicha mediación. Esto conlleva a que la enfermera sea científica, educadora, clínica y principalmente un agente humanitario y moral; comprometida con la coparticipación en las transacciones de cuidado humano. Por lo anterior, es necesario contar con teorías cualitativas y búsqueda de métodos como la fenomenología existencial, introspección literaria, casos de estudio, trabajos de historia filosófica que permitan realizar una observación cercana y sistemática del mundo del otro y esclarecer la vivencia de las experiencias de salud-enfermedad y el fenómeno del cuidado humano ¹⁷.

La persona -agente de cambio por sí misma- tiene una lucha básica, la cual es actualizar su yo real a partir de la esencia espiritual de ese mismo yo; con el fin de encontrar la armonía entre

sus tres esferas. La enfermería puede contribuir a través de las transacciones de cuidado, mientras colabora con el autoconocimiento, autocontrol y auto sanación. Estas pasan a ser necesidades humanas sintetizadas en la necesidad de recibir amor y cuidado, aceptación, comprensión y validación como persona; además de lograr la unión, trascendencia humana y encontrar armonía con la vida ¹⁷.

El cuidado humano transpersonal y las transacciones de cuidado son los comportamientos y respuestas (científicas, profesionales, éticas, estéticas y personalizadas) de intercambio entre dos personas, en este caso entre una enfermera y otro individuo, que interaccionan en la intersubjetividad del mundo de ese individuo. Este intercambio involucra movimientos, sentidos, sonidos, palabras, colores, y formas; para transmitir y reflejar la condición de esa persona, lo que permite recuperar la armonía entre sus esferas y su ser como tal. En dichas transacciones, ambas partes están en procesos de ser, transformar y trascender; lo cual pasa a formar parte de sus historias de vida; con el único fin de proteger, mejorar y preservar la dignidad humana ¹⁷.

Como parte de este cuidado transpersonal, la enfermera puede entrar en la experiencia de la otra persona y viceversa, puesto que el ideal es la intersubjetividad en la que los dos individuos están involucrados; esto quiere decir que la perspectiva de enfermería no está sobre la de la persona, sino que se encuentran en total igualdad ¹⁷.

2.2.2.1.12. Relación de cuidado transpersonal

El cuidado humano se puede dar cuando la enfermera entra en el espacio y campo fenomenológico de otra persona y es capaz de detectar la condición del ser, así como sentir y responder a esta; de forma que los sentimientos, pensamientos y energías poco positivas se vayan cambiando; con tendencia cada vez más hacia la armonía y el bienestar. Esta transacción es necesaria para enfermería, es el punto de inicio para las relaciones de cuidado transpersonal ¹⁷, el cual depende de:

1. Compromiso moral para proteger y mejorar la dignidad humana, en donde la persona sea capaz de determinarlo por sí misma.
2. Este esfuerzo de enfermería debe traducirse en una afirmación de la significación subjetiva de la persona.
3. La habilidad de la enfermera para detectar emociones y condiciones del otro.

4. La habilidad de la enfermera para detectar condiciones de otro “ser en el mundo” y sentir conexión con esta persona. Debe ser capaz de expresarla a través de varios significados y siempre tener en cuenta que la subjetividad de la persona es igual de válida que la suya.
5. La historia de vida propia de la enfermera y las experiencias previas, así como sus sentimientos.

Estas relaciones son arte, puesto que implican contacto humano e intercambio de expresión de emociones y sentimientos a través de cualquier sentido o incluso intuición. Inicia cuando la enfermera expresa sus propias emociones; y a partir de este punto, puede detectarlas en otras personas ¹⁷.

2.2.2.2. Procesos caritas

Originalmente, Watson propuso los 10 factores de cuidado inspirada en los 11 factores curativos de Yalom, como una combinación de intervenciones en su teoría de cuidado humano; sin embargo, posteriormente estos evolucionaron a los 10 procesos caritas, en los cuales existe una estrecha y fluida relación entre el amor y el cuidado. Estas dos formas alternativas tienen como centro aspectos importantes de la teoría del cuidado humano ⁷¹:

- El cuidado como fundamento ético - moral - filosófico guiado por valores.
- Centro del cuidado: 10 factores de cuidado / procesos caritas.
- Momento de cuidado transpersonal-campo de cuidado.
- Modalidades de cuidado.

Los procesos caritas ofrecen un marco de referencia que sustenta a la enfermería como disciplina y profesión, a partir de una visión profunda y ética de las dimensiones del cuidado humano (arte y ciencia). Se centran en la capacidad de la enfermera para enfocarse en la situación en cuestión mientras mantiene una presencia auténtica y hace lo que es necesario para la otra persona, característica que hace que la persona sea el centro del cuidado. Este concepto emerge de forma significativa generando nuevas conexiones entre el cuidado y el amor, y a pesar de que se han hecho diferenciaciones clave entre estos y los factores de cuidado, ambos se rigen desde el centro de los principios y prácticas ⁷¹:

- Práctica del amor - amabilidad y ecuanimidad.
- Presencia auténtica: permitiendo una profunda creencia en los demás.
- Cultivo de la propia práctica espiritual, más allá del ego.

- Teniendo en cuenta los milagros.

El fin último de realizar este cambio fue describirlo en un lenguaje más fluido para entender el ser y quehacer de enfermería, así como para profundizar en el fenómeno, en la nueva imagen de la disciplina, en la práctica profesional y personal de la ciencia del cuidado. En la tabla 1 se aprecian tanto los factores de cuidado, como los procesos caritas.

Tabla 1

Factores de cuidado y procesos caritas

Factores de cuidado (1979)	Procesos caritas (2002-2007)
1. La formación de un sistema humanístico-altruista de valores.	1. Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.
2. Inculcación de la fe-esperanza.	2. Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.
3. El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.	3. El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza o desarrollo de una relación de cuidado humana de ayuda-confianza.	4. Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza.
5. La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.	5. Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.
6. El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones o el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo.	6. Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.

(continuación)

7. La promoción de la enseñanza - aprendizaje transpersonal.	7. Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros.
8. La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual.	8. Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.
9. La asistencia en la gratificación de necesidades humanas.	9. Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencian la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.
10. La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas o la permisión de fuerzas existenciales - fenomenológicas-espirituales.	10. Abrirse y atender a las dimensiones espiritual - misteriosa y existencial de la propia vida - muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.

Nota. Tomado de “Modelos y Teorías en Enfermería” (p.81), por M. Raile, 2015, Elsevier Inc ⁶.

Proceso caritas 1: Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado ⁷¹.

Para formar parte de un proceso caritas de cuidado, el individuo debe estar personalmente preparado. “Es irónico que la educación en enfermería y la práctica requieren mucho conocimiento y habilidad para hacer las tareas pero muy poco esfuerzo es dirigido a desarrollar cómo ser mientras se realiza el trabajo”. Generalmente los y las enfermeras se agotan al cuidar, dar y ser para otros sin atender sus necesidades en primera instancia; por lo que este primer proceso invita precisamente a la priorización de las atenciones de los y las profesionales; tomando en cuenta que son modelos de vida para aquellos individuos con quienes coparticipan en el equilibrio salud - enfermedad.

El propósito es que la enfermería esté al servicio del ser y la sociedad, teniendo en cuenta que todo está conectado entre sí. Cuando se logra alcanzar este nivel de profundidad en la

existencia del ser (tanto de sí misma como en el de otra persona), más allá del conocimiento convencional y del hacer; se posiciona desde la sabiduría que permite ver las distintas realidades e interrumpir los patrones de violencia y de no - cuidado; por esta razón existe una muy estrecha relación entre el cuidado y la paz mundial.

De acuerdo con el pensamiento budista, *dobhisattvas* es aquel individuo que bendice al otro, se convierte en una bendición para los otros y también para sí mismo; enfermería es este tipo de modelo, debido a que sus acciones impactan a toda la humanidad. Esta es una forma emergente de involucrarse con el cuidado humano; y más allá de lo que enfermería hace, se refiere a lo que enfermería es.

Todo esto se puede trabajar con ciertos ejercicios, como “begining centering exercise”, el cual tiene como propósito entrar y cultivar el amor, amabilidad y ecuanimidad en el yo y en los demás. También a través de cultivar la gratitud y el perdón.

Proceso caritas 2: Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar ⁷¹.

Se hace referencia a la necesidad real de la presencia humana cuando se requiere fe y esperanza, haciendo explícita la importancia de honrar el sistema profundo de creencias y la subjetividad en la vida de las personas, además de todos los significados de su mundo. La compasión es una forma de estar presente auténticamente, incluso indagar qué sostiene a la persona cuando se esfuerza por encontrar fe y esperanza.

Este segundo proceso comparte mucho de su significado con el primero, al involucrar también el amor, amabilidad y ecuanimidad de forma consciente. No es posible ignorar el papel de la fe y esperanza, especialmente cuando se hace frente a misterios, crisis por enfermedad, dolor, pérdida, trauma o muerte; es por esta razón que se incluye como núcleo para el modelo profesional en enfermería a través de la ciencia del cuidado. Una de las formas para sentir fe y ofrecer a los demás, es mediante la sensibilidad de la propia presencia, ser capaz de brindar acceso a su sistema de creencias de fe y esperanza, y marcar la diferencia entre la fe y la desesperación en un momento dado.

Watson indica que los efectos terapéuticos de la fe y esperanza han sido documentados a través de la historia; por ejemplo, Hipócrates refirió que la mente y el alma de una persona enferma

debían ser inspiradas antes de que la enfermedad fuese tratada. Aristóteles sostuvo que el teatro tenía efectos terapéuticos en la persona involucrada en la actuación; así como dioses griegos como Asclepio y sus dos hijas retratados en una pintura, una de ellas manipulando el ambiente y la segunda utilizando drogas para conseguir la sanación. De esta forma se visualiza que para aliviar los síntomas de una enfermedad es necesario tener fe y esperanza, por lo que el tratamiento médico, si bien es importante, pasa a un segundo plano.

Esto constituye un tratamiento mental, en el cual las relaciones de cuidado afectan directamente a las enfermedades y su proceso, la presencia de un profesional en cuidado permite, nutre y honra el sistema de creencias y su fuente de fe. La enfermería no tradicional juega un rol vital, puesto que las enfermedades actuales no son únicamente físicas.

La práctica del cuidado humano en enfermería debe tomar en cuenta el poder de las creencias y esperanza, estos se deben incorporar en las transacciones de cuidado; lo cual refuerza la formación de un sistema de creencias entorno a valores humanísticos y altruistas, practicando el amor, amabilidad y ecuanimidad que promueve un cuidado ético.

Proceso caritas 3: El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego ⁷¹.

Se abarca la importancia de evolucionar y honrar las necesidades, escuchar la voz interna y conectar con la existencia, con la profundidad del ser y transformarse. Sin atender y cultivar la propia espiritualidad, crecimiento y aceptación resulta muy difícil ser sensitivo para sí mismo y para las personas del entorno, en su lugar se puede desarrollar una personalidad dura que no da paso a la compasión y el cuidado para los demás.

Estos aspectos hacen referencia al compromiso por parte de profesionales en cuidado con el desarrollo del ser, hacer y saber, lo cual se complementa a través del desarrollo personal y profesional. “Ser humano es sentir” ⁷¹, por esta razón la práctica inicial para hacerlo realidad es prestar atención a las emociones, sentimientos y pensamientos, tanto positivos como negativos; para reconocerlos y darles un significado. Este es el primer paso para conectar con el mundo interno y hacer conexiones con la dimensión física; integrando la sabiduría y el conocimiento, y por tanto, se desarrolla el máximo potencial de la persona.

Esta conexión con sí mismo, es la clave para el cuidado, la compasión y la conexión con otras personas. Esta dimensión es útil para ver más allá de los elementos físicos de la persona y

del diagnóstico médico. Cuando una enfermera no es sensible con sí misma, no puede ser sensible con los individuos de su entorno, incluso puede ser cruel con aquellos que posiblemente necesiten más amor, compasión y amabilidad. Si esto sucede, se pueden establecer relaciones profesionales distantes, camuflando conflictos potenciales y contribuyendo a un entorno laboral poco saludable; mientras en el proceso caritas con la sensibilidad como núcleo, predispone a la madurez, crecimiento y reflejo de prácticas conscientes.

Proceso caritas 4: Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza ⁷¹.

“La tarea central de la educación de profesiones en salud debe consistir en ayudar a estudiantes, profesorado y otros profesionales a aprender a establecer relaciones afectivas y curativas con los pacientes, sus comunidades, entre ellos y consigo mismos. Se debe tener en cuenta que los profesionales en formación son capaces de madurar como aprendices reflexivos, que perciben al paciente como persona y entienden la naturaleza esencial de las relaciones de curación” ⁷¹. La relación de cuidado y está conformada por varios niveles:

- Practicantes con sí mismos.
- Practicantes con la persona.
- Practicantes con la comunidad.
- Practicantes con practicantes.

La necesidad de desarrollar y mantener relaciones de cuidado como el centro de las prácticas profesionales en carreras de salud es más que evidente, es parte del lenguaje de los procesos caritas, que implica cambios relacionados con hacer explícita la autenticidad de cuidado para fortalecer las relaciones de confianza. Las técnicas de comunicación se desarrollan cuando existe conexión con las emociones y esto es necesario en enfermería desde aspectos éticos; lo que forma parte de los momentos de cuidado y abre la dimensión transpersonal de cuidado y sanación. A partir de la presencia y escucha auténticas; se trata de “leer el campo” ⁷¹, ser reflexivo, consciente y hábil para conectar con los otros. Estas características generan seguridad y confianza en las relaciones de cuidado, las cuales por sí mismas son intervenciones de enfermería.

Una de las principales debilidades de enfermería es la insensibilidad, la incapacidad para conectar o crear alianzas con el otro, es decir, la falta de reflexión, conciencia de sí mismo y de las personas de su entorno; esto afecta las relaciones entre colegas, pacientes o familiares. Por el

contrario, cuando existe compromiso con la presencia, escucha verdadera hacia la historia de la otra persona, es el mejor regalo porque se profundiza en el ser. La primera situación es de una relación de no-cuidado, mientras que la segunda es de cuidado; Swanson (1999) describió a partir de un meta-análisis las experiencias de dichas situaciones:

- Bienestar espiritual y emocional.
- Sanación y mejores relaciones con otros.
- Consecuencias del no-cuidado:
 - o Miedo y sentimientos de humillación.
 - o Desesperación y sentimientos de descontrol.
 - o Sentimientos de desesperanza, alienación y vulnerabilidad.
- Relaciones de cuidado en enfermería:
 - o Sensación de satisfacción personal y profesional.
 - o Amor por la enfermería.
 - o Habilidad para vivir de acuerdo con la propia filosofía.
- Relaciones de no-cuidado en enfermería:
 - o Sentimientos de dureza, alienación, tristeza.
 - o Sentimientos de susto y fragilidad.
 - o Sensación de cansancio.

Los contextos de las relaciones de cuidado y sanación emanan energía que permite a la persona descubrir su poder de sanación como un proceso natural, preservando la dignidad humana. Generalmente la enfermera elige cómo ser en el momento de cuidado, esto impacta la relación de forma positiva o negativa. La naturaleza transpersonal de la relación de cuidado ocurre cuando la enfermera es capaz de conectar con el espíritu del otro, es decir, se abre un espacio para la trascendencia personal más allá del ego; capaz de “leer el campo” ⁷¹ desde su conocimiento empírico, técnico, ético, intuitivo, personal, estético y espiritual; comprendiendo el lenguaje verbal y no verbal, además de estar presente en el ahora y atender las necesidades del momento, esto es conocido como el momento de cuidado.

Proceso caritas 5: Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar ⁷¹.

Se trata de estar presente con la disposición de dar espacios a los sentimientos y emociones sobre los cuales se crea una base para la confianza y cuidado. Cuando existe la capacidad de dar apoyo sin juzgar, se trata de un acto de sanación y cuidado.

Se hace referencia a entrar en el tiempo y espacio del otro, conectando con la intersubjetividad de su mundo de emociones y pensamientos, es decir, en su yo espiritual; se trata del momento de cuidado transpersonal y la relación de sanación. Es un hecho que los pensamientos y emociones juegan un papel central en las experiencias y comportamientos de las personas; por ejemplo, las situaciones de resolución de conflictos son racionales y cuasi-racionales (emocional-afectivo); por lo que las emociones pueden ser la motivación principal para los seres humanos.

Es posible separar la comprensión intelectual y la emocional de una misma situación, puesto que puede ser ligeramente distinta; generalmente la psicología social lo denomina disonancia afectiva-cognitiva, lo cual ocurre en la búsqueda por parte de un individuo de la consistencia entre pensamientos y emociones, encontrando significado, armonía y balance. Por el contrario, si la inconsistencia o disonancia continúa, aparece la ansiedad, miedo, confusión y estrés afectando el comportamiento.

En las relaciones interpersonales, las situaciones relacionadas con salud-enfermedad, tienen un componente emocional importante; por lo que la comunicación debe ser clara y empática. Enfermería permite aceptar y reconocer los sentimientos y emociones negativas y positivas, y facilita además una visión constructiva de las mismas; comprendiendo que los sentimientos son universales, no son positivos o negativos, se apegan a la intersubjetividad.

Este proceso de estar (sin juzgar) con otro individuo que expresa sus sentimientos, genera confianza mutua y comprensión; permite mantener la autenticidad y la relación de cuidado y en cada momento de cuidado.

Proceso caritas 6: Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de sanación-cuidado ⁷¹.

Históricamente, la enfermería implica una lógica sistemática, aunada a imaginación y creatividad; sin embargo, en los procesos caritas, es un desarrollo creativo, intuitivo, estético, ético, empírico, personal e incluso espiritual, tanto como un proceso profesional empírico - técnico. Sin embargo, se hace la crítica de la educación en enfermería como autoritaria, vista desde el proceso de “resolución de problemas” y no como el proceso de enfermería que realmente es, lo que de forma consecuente causa problemas identitarios.

Watson sostiene que la ciencia y los valores humanos deben ir de la mano, puesto que la información por sí sola no implica conocimiento, reflexión ni sabiduría; es por esto que la meta del cuidado de enfermería, la ciencia del cuidado es brindar calidad en el cuidado humano. Lo que requiere el uso formal de la resolución creativa de conflictos y el uso sistemático del conocimiento cognitivo y lógico-racional.

Proceso caritas 7: Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros ⁷¹.

El rol educativo ha sido claro para la enfermería, sin embargo, el aspecto intersubjetivo no ha sido siempre incluido. El aprendizaje es más que recibir información, envuelve un significado, relaciones intersubjetivas de confianza; honrando a la persona. El significado de los datos puede variar de acuerdo con el contexto intelectual, simbólico, cultural y literal, por lo que la recepción de estos podría nublarse. El proceso genuino de enseñanza-aprendizaje pasa a ser transpersonal, en donde la experiencia se vuelve significativa para ambas partes involucradas en el encuentro.

Ahora bien, este proceso caritas explica que para enfermería la enseñanza-aprendizaje ocurre como resultado del autoconocimiento, autocuidado, autocontrol e incluso las posibilidades de auto sanación; esto claramente depende de la habilidad del profesional para detectar sentimientos, pensamientos, ánimo, entre otros; y para conectar con las percepciones, sentimientos y entendimiento de la persona, con la apertura hacia la intelectualidad del otro; es decir, implica una relación trazada a través del tiempo y sensibilidad, planeamiento, conocimiento y acciones informadas. Lo que permite a la persona encontrar soluciones por sí misma, opciones y estrategias

para satisfacer sus propias necesidades, mientras que la motiva a madurar y crecer personalmente, descubrir redes de apoyo y los recursos del entorno y personales, por lo que conecta con sí misma.

Proceso caritas 8: Crear un entorno de curación en todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien) ⁷¹.

Las medidas de confort pueden ser de soporte, protección e incluso correctivas para una persona y su entorno; algunos ejemplos aplicados en centros hospitalarios ,y de acuerdo con la visión de Nightingale, son: remover los estímulos nocivos del ambiente externo, brindar atención a la posición del paciente y hacer cambios frecuentes de posición, hacer la cama segura, confortable, limpia y atractiva; aliviar la tensión muscular con masajes y trabajos de respiración, realizar procedimientos terapéuticos de enfermería, identificar las implicaciones y significado de la enfermedad y condición del paciente, compromiso en combinación con los procesos caritas para reconocer las necesidades del paciente con el fin de propiciar un entorno de sanación y confort.

La seguridad es un componente básico de enfermería y reforzado en los procesos caritas, se refiere a todo lo relacionado con soporte, protección y corrección del entorno para la sanación en distintos niveles. El sentimiento de seguridad y protección es una necesidad básica; en su ausencia el bienestar se ve fuertemente afectado, por tanto, es responsabilidad de enfermería proveer un ambiente con estas condiciones. Las situaciones ambientales influyen tanto en la persona como en la enfermera, e incluso las sensaciones de inseguridad se deben a experiencias previas por lo que el contacto visual apropiado y llamar a la persona por su nombre puede aliviar la tensión; convirtiendo esta situación en un momento de cuidado. En cuanto a la privacidad, es un factor prioritario de los procesos caritas, puesto que en las relaciones de poder, y especialmente, en situaciones de asistencia en salud, la despersonalización, preguntas intimidantes, procedimientos, tratamientos y hospitalización afectan la privacidad de la persona, debido a que se obliga a brindar información íntima y la exposición constante de su cuerpo; es precisamente por esto que enfermería debe tomar en cuenta que la persona tiene derecho a evitar que otros individuos sepan información personal y tener consciencia sobre la privacidad de los otros. Esto permite preservar la dignidad humana y por tanto una violación a la privacidad es una violación a la dignidad. Se preserva la dignidad humana cuando se respeta la autonomía como ser único y cuando se provee soporte emocional, así como sensación de seguridad.

Proceso caritas 9: Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencian la alineación de mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado ⁷¹.

“Parece que en algún momento olvidamos que el mayor honor de enfermería es la capacidad para cuidar a otras personas” ⁷¹, el acto de cuidar y la necesidad del mismo es un espacio de vulnerabilidad porque lleva a la confrontación cara a cara con la humanidad, es decir, esta disciplina ayuda a cumplir con las necesidades básicas de los seres humanos:

- Necesidad de trabajo, contribuir a algo más que a sí mismo, algo más grande que su yo.
- Necesidad de realización: autoestima, auto concepto, autoeficacia.
- Necesidad de afiliación: familia, amor y pertenencia.
- Necesidad de conocimiento: entendimiento, encontrar significado (de las situaciones).
- Necesidad de estética.
- Necesidad de expresión propia, creatividad.
- Necesidad de recreación y relajación.
- Necesidad de una autorrealización en evolución espiritualmente significativa.
- Necesidad de conectar con su figura divina, ya sea naturaleza, dios, espíritu, la humanidad en sí misma.

Aunado a la necesidad de comer, de eliminación, de respirar, de actividad / inactividad, de sexualidad / intimidad / creatividad / amor; permiten cuidar alma, cuerpo y mente, restableciendo el equilibrio para la armonía necesaria del ser.

Proceso caritas 10: Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado ⁷¹.

“Este factor en el trabajo original (1979) es tal vez el más difícil de entender para las personas, en parte debido al lenguaje y términos. Todo lo que trato de decir es que nuestras mentes racionales y ciencia moderna no tienen todas las respuestas a las condiciones de vida y muerte que enfrentamos” ⁶.

La ciencia del cuidado envuelve un misterio de vida que no tiene que ser resuelto, debe ser vivido. Los problemas humanos residen en la ambigüedad, paradoja, impermanencia, sufrimiento, sanación, curas milagrosas y sincronicidad; todo es parte de la consciencia inexplicable que ayuda

a enfrentar las distintas crisis. Cada persona responde distinto, de acuerdo con sus experiencias previas, valores, creencias y por esta razón el campo espiritual-existencial es vital para la ciencia del cuidado, puesto que no es una ciencia médica, se trata de una ciencia humana que estudia el ser-en-el-mundo y su significado ⁷¹.

2.3. Marco conceptual

El marco conceptual brinda una serie de definiciones no abarcadas anteriormente, las cuales son necesarias para comprender el trabajo de investigación, principalmente el apartado de discusión. Dichas definiciones se presentan a continuación.

2.3.1. Emociones

“Estados de sentimientos a corto plazo que incluyen felicidad, ira o miedo, que mezclan cantidades variables de placer-desagrado y excitación-calma, entre otras sensaciones”³.

2.3.2. Empatía

“Es la habilidad para comprender los sentimientos de los demás y volver a experimentarlos uno mismo”⁷².

2.3.3. Motivación

“Es una de las tres esferas tradicionales de la actividad mental (junto con el afecto y la cognición) que concierne tanto a los impulsos básicos como el hambre y la agresión, como a las actividades más complejas dirigidas a objetivos, como la búsqueda de la amistad, el logro o poder”³.

2.3.4. Sentimientos

“Estados afectivos relativamente permanentes, que se instalan en nosotros y tiñen con su afecto una situación o relación. Los sentimientos más básicos son: la tristeza, la alegría, el temor, el descontento, y cuando algunos de ellos se presentan, afectan la forma en cómo vemos las cosas. La diferencia con las emociones radica principalmente en que éstas son de aparición más abrupta, más intensas (rabia, miedo, euforia, entre otras), y de corta duración. Por su carácter más intenso, las emociones afectan mucho más las percepciones que los sentimientos que son menos intensos pero más estables en el tiempo”⁷³.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

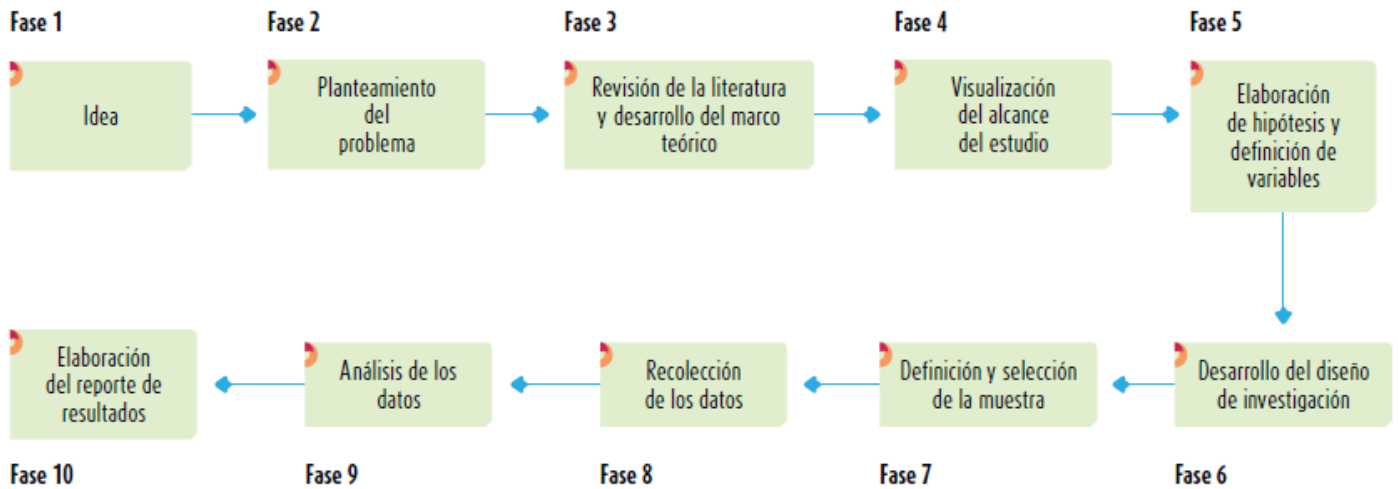
La metodología “es la ciencia que nos enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados y tiene como objetivo darnos la estrategia a seguir en el proceso”⁷⁴. En este proceso se incluye la descripción del tipo de investigación, variables, población de estudio, proceso de obtención de datos y análisis, así como las consideraciones éticas para su realización. Cada uno de estos elementos se presenta en los siguientes apartados.

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación se basó en el enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo comparativo y diseño no experimental transversal. Dicho enfoque se basa en el método científico e incluye la medición y análisis de variables utilizando técnicas estadísticas⁷⁵, y su elección surgió debido a la naturaleza de las variables, las cuales se miden y registran en forma de datos numéricos que se obtienen por medio de la aplicación de un instrumento. Para todo estudio, el enfoque es el que determina cada una de las fases de investigación. En este caso, se utilizó un enfoque cuantitativo el cual es secuencial, probatorio y con orden riguroso, parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis²⁶. Cada una de las fases del proceso adaptadas en la investigación se presenta en la figura 6.

Figura 6

Fases de una investigación cuantitativa



Nota. Tomado de “Metodología de la investigación” (p.5), por R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista, 2014, McGrawHill Education ²⁶.

Las fases 1, 2 y 4 se describieron en el capítulo I “planteamiento del problema”. La fase 3 corresponde al capítulo II “marco referencial”. Las fases 5, 6 y 7 se incluyen en el presente capítulo, el cual es titulado “metodología”, así como una pequeña descripción de las fases 8, 9 y 10. Posteriormente se continúa con la fase 8, en la cual se llevó a cabo un trabajo de campo con el fin de recolectar datos, cuyos resultados se adjuntan en el capítulo IV “resultados”; así como con la fase 9, la cual corresponde al capítulo V “discusión” y el capítulo VI “conclusiones, limitaciones y recomendaciones”.

En relación con el alcance, se eligió el descriptivo comparativo, el cual busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de 2 o más personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, y posteriormente compararlos ²⁶.

Por último, el diseño seleccionado fue el no experimental, el cual se caracteriza por ser sistemático y empírico, lleva a cabo una descripción de fenómenos existentes (no provocados) en su contexto natural en donde no se da la manipulación de las variables, puesto que estas “ya sucedieron, al igual que sus efectos”. De forma complementaria, la medición de las variables se realizó durante el año 2020, lo que arroja de forma inmediata a una investigación con diseño

transversal descriptivo, en donde las variables se miden en una sola ocasión en el tiempo, e implica que los sujetos pueden contar con distintas características sin afectar los resultados de forma negativa, es decir, esta heterogeneidad da paso al enriquecimiento del posterior análisis ²⁶.

3.2. Modalidad de la investigación

Se adoptó la modalidad de tesis siguiendo el área de investigación de estudio del cuidado de enfermería, con la línea de gestión del cuidado. Esta es definida por el artículo 7 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica como "un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado" ⁷⁶.

3.3. Población de estudio

Conceptualmente, la población de estudio "es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados" ²⁶. Dentro de la misma, la población diana o blanco "se basa en ciertas características clínicas, demográficas, sociales, estilos de vida, etc." ²⁶. En este caso, la población de estudio se compuso por los y las estudiantes de primer y cuarto año de la licenciatura en enfermería de la Universidad de Costa Rica durante el año 2020. Se partió de características vitales, tales como la homogeneidad de la población, ya que todas las unidades de estudio se encuentran cursando el plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la Universidad de Costa Rica, es decir, cuentan con formación académica similar y con edades entre los 17 y 30 años (sin embargo, para efectos de este estudio se toma en cuenta únicamente a los y las estudiantes mayores de 18 años), por lo que se abarcó población adolescente y adulta joven. Pese a que se cuenta con características sociodemográficas distintas, esto permite enriquecer el proceso de análisis.

3.3.1. Muestra

En el presente estudio se contó con la población de estudiantes de enfermería, de la cual se analizaron dos grupos: primer y cuarto año; por lo tanto, se realizó una recolección de datos de

tipo censo, que consiste en tomar una muestra igual a la población, en este caso se trató de 102 estudiantes de primer año y 53 de cuarto año, para un total de 155 personas.

3.3.2. Criterios de selección

3.3.2.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión sintetizan las características particulares que debe tener un sujeto u objeto de estudio para que sea parte de la investigación ²⁶, en este caso se tomaron en cuenta los siguientes:

- Tener 18 años cumplidos o más.
- Haber ingresado a la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Costa Rica en el año 2020, ya sea como primer ingreso, carrera simultánea o por traslado, o estar cursando el cuarto año de la Licenciatura de Enfermería (haber aprobado el módulo de Adulter Sana y estar por matricular o haber matriculado el módulo Adulter Mórvida).

Para los criterios de inclusión, se incluyeron dos de los módulos de enfermería puesto que la recolección de datos se llevó a cabo durante las vacaciones de medio año, es decir, un período de transición entre el primer y segundo semestre, por esta razón no fue posible tomar en cuenta únicamente un módulo.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

Dichos criterios hacen referencia a condiciones o características específicas que pueden presentar los y las participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, los que hace no elegibles para el estudio ²⁶. En este caso se contó con los siguientes:

- Asistir a los cursos como estudiante oyente.
- Pertenecer a otra Escuela de Enfermería y encontrarse realizando una pasantía de intercambio en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.
- Encontrarse en condición de rezago.

3.4. Lugar

Los procesos de recolección, análisis y reporte de los datos se llevaron a cabo en el domicilio respectivo de los investigadores, por medio de plataformas virtuales. Específicamente, la recolección de datos se realizó a través de un formulario de Google, enviado por correo electrónico a cada participante.

3.5. Variables

Las variables se describen como “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”²⁶ y “se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida”²⁶. Las variables del estudio son las sociodemográficas, formadas por la edad, sexo, estado civil, religión, ocupación y año de carrera; y la variable de inteligencia emocional, formada por las dimensiones de percepción, comprensión y regulación emocional.

Para llevar a cabo un plan de medición, se elaboró la operacionalización de variables, la cual es definida como “el paso de una variable teórica a indicadores empíricos verificables y medibles e ítems o equivalentes”²⁶, la misma se presenta en la tabla 2. Para su elaboración, se tomaron en cuenta las variables y sus definiciones, dimensiones, niveles de medición, indicadores, ítems, y categorías u opciones de respuestas junto con su respectiva codificación.

Tabla 2

Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Niveles de medición	Indicadores	Ítems	Categorías	Codificación
Variables sociodemográficas	Las variables sociodemográficas son aquellas que incluyen datos generales de la persona tales como la edad, sexo, estado civil, entre otros.	Selección única (marque con X) de datos sociodemográficos que abarcan los ítems 1-6 del apartado "Datos sociodemográficos" del instrumento de medición. Consiste en una serie de opciones sociodemográficas creadas por los investigadores, planteados en forma de selección única y destinada a medir las variables sociodemográficas.	Edad	De razón	Indica edad en años	Ítem 1 del apartado "Datos sociodemográficos"	18-30 años No contestó Contestó incorrectamente*	18-30 31 32
			Sexo	Nominal	Indica sexo	Ítem 2 del apartado "Datos sociodemográficos"	Mujer Hombre Otro No contestó Contestó incorrectamente	1 2 3 4 5
			Estado civil	Nominal	Indica estado civil actual	Ítem 3 del apartado "Datos sociodemográficos"	Soltero Unión libre Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viudez	1 2 3 4 5 6
			Religión	Nominal	Indica religión	Ítem 4 del apartado "Datos sociodemográficos"	Católico (a) Evangélico (a) Adventista Mormón (a) Ninguna Otro No contestó Contestó incorrectamente	1 2 3 4 5 6 7 8
			Ocupación	Nominal	Indica ocupación actual	Ítem 5 del apartado "Datos sociodemográficos"	Sólo estudia Estudia y trabaja No contestó Contestó incorrectamente	1 2 3 4

(continuación)

			Año de carrera	Ordinal	Indica año de carrera actual	Ítem 6 del apartado "Datos sociodemográficos"	Primer año Cuarto año No contestó Contestó incorrectamente	1 2 3 4	
Variables de inteligencia emocional	"Es la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual" 18.	Medición a través del Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)), a partir de los ítems 1-24 del apartado "Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)" del instrumento de medición. Es una escala Likert con 24 ítems o reactivos que mide las variables de percepción, comprensión y regulación emocional 77.	Percepción emocional	Ordinal	Identifica emociones propias	Ítems 1 y 2 del apartado "Datos del TMMS-24".	Aplica para los ítems 1-24 del apartado "Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)":	Aplica para los ítems 1-24 del apartado "Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)": **	
					Identifica emociones en otros	Ítems 3 y 4 del apartado "Datos del TMMS-24".		1	
					Expresa correctamente e los sentimientos	Los ítems 5 y 6 del apartado "Datos del TMMS-24".		2	
					Diferencia emociones honestas y deshonestas	Ítems 7 y 8 del apartado "Datos del TMMS-24".		Nada de acuerdo	3
								Algo de acuerdo	4
								Bastante de acuerdo	5
					Logra designar emociones	Ítems 9 y 10 del apartado "Datos del TMMS-24".		Muy de acuerdo	6
								Totalmente de acuerdo	7
								No contestó	
Entiende la relación emoción-situación	Ítems 11 y 12 del apartado "Datos del TMMS-24".	Contestó incorrectamente							
Comprende emociones complejas	Ítems 13 y 14 del apartado "Datos del TMMS-24".								
					Reconoce las	Ítems 15 y 16 del apartado			

(continuación)

	transiciones emocionales	“Datos del TMMS-24 “.
Regulación emocional	Dispuesto a estar abierto a todo tipo de emociones	Ítems 17 y 18 del apartado “Datos del TMMS-24 “.
	Reflexiona sobre las emociones	Ítems 19 y 20 del apartado “Datos del TMMS-24 “.
	Vigila reflexivame nte sus emociones y las de otros	Ítems 21 y 22 del apartado “Datos del TMMS-24 “.
	Regula sus emociones y las de otros	Ítems 23 y 24 del apartado “Datos del TMMS-24 “.

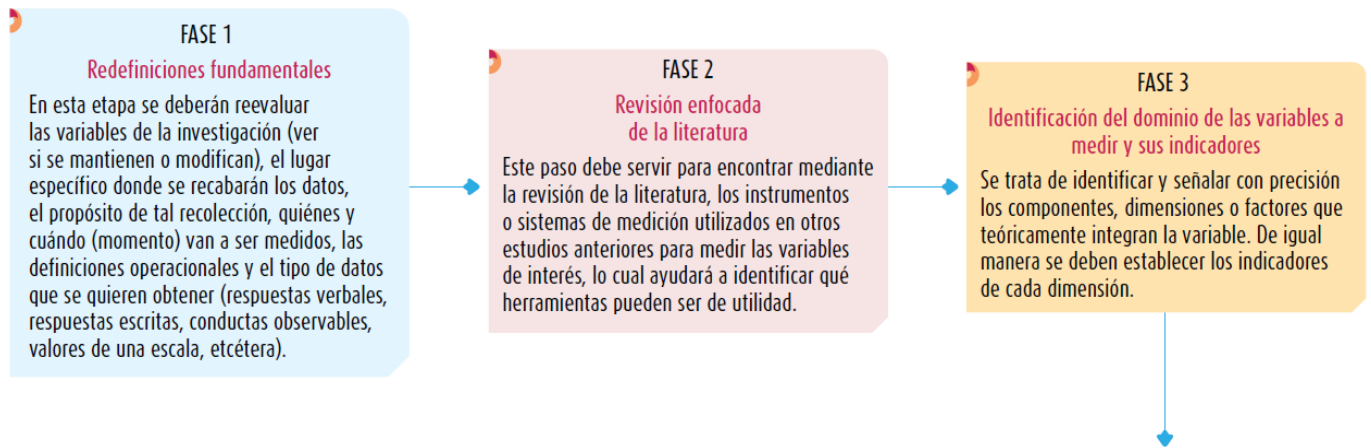
Nota. * La respuesta “Contestó incorrectamente” significa que la persona marcó más de una opción en el mismo ítem. ** Los números de la casilla de “ítems” corresponden a los números de los ítems del instrumento el cual se adjunta en el anexo B. Elaboración propia.

3.6. Recolección de datos

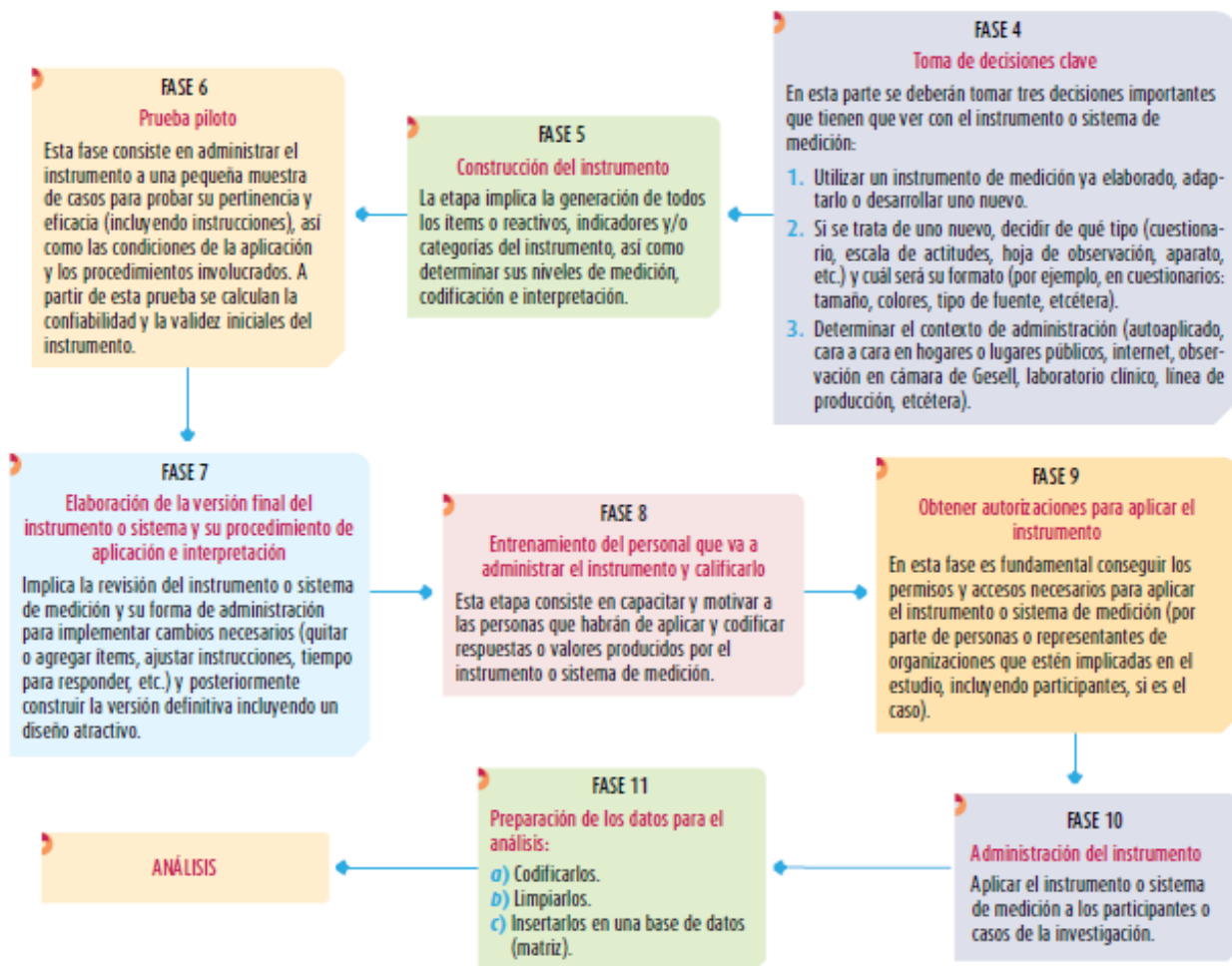
Posterior a la selección del diseño de investigación definición de la población, es necesario iniciar con la recolección de datos ²⁶. Esto implica elegir un instrumento de medición (junto con su respectiva operacionalización de variables, codificación y establecimiento de los niveles de medición de cada una de las categorías), el cual debe cumplir con una serie de requisitos. Cada una de las fases del proceso de recolección de datos adoptadas en el estudio se detalla en la figura 7.

Figura 7

Fases de recolección de datos



(continuación)



Nota. Tomado de “Metodología de la investigación” (pp.209-10), por R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista, 2014, McGrawHill Education ²⁶.

Las fases 1 y 2 fueron descritas previamente a través de la revisión de la literatura. En la fase 3 y 5 se definieron y operacionalizaron las variables. A continuación se procede a describir la fase 4, en donde se elige un instrumento validado, confiable y objetivo. La fase 6 no se realiza debido a que el instrumento ya ha sido validado en un contexto latinoamericano. Las fases 7 y 8 se realizaron con la construcción y lectura de los capítulos anteriores debido a que el personal que va a administrar el instrumento es el mismo que se va a encargar de la investigación. Finalmente, las fases 9 y 10 se describen en el apartado de “administración del instrumento”, y la fase 11 en “manejo de los datos”.

3.6.1. Instrumento de medición

El instrumento de medición es un “recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente”²⁶. Para medir las variables asociadas a la inteligencia emocional, existen instrumentos de auto-informe, test de ejecución e informes de observadores externos. El modelo de Mayer y Salovey centra las bases de sus investigaciones en los dos primeros métodos mencionados⁷⁷.

Para la presente investigación se emplearon las herramientas de auto-informe, las cuales “fueron las primeras herramientas desarrolladas para evaluar las habilidades de IE y actualmente siguen siendo ampliamente utilizadas por su fácil administración y la rapidez para obtener unas puntuaciones y, por otro lado, porque confía en los procesos introspectivos como una de las formas más efectivas de indagar en los aspectos emocionales y afectivos del ser humano”⁷⁷. Se descartó la utilización del MSCEIT (test de ejecución), ya que la aplicación e interpretación de resultados debe estar a cargo de un profesional en psicología cualificado en los principios de la evaluación, la psicometría, el comportamiento humano normal y la psicopatología y que haya recibido la formación necesaria al respecto⁷⁸.

El instrumento utilizado fue el TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)⁷⁷, el cual se adjunta en el anexo B. El mismo consiste en una escala tipo Likert, definida como un “conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías”²⁶, y debido a su estructura, brinda datos objetivos sobre las variables del estudio. Dicho instrumento deriva del TMMS-48 (Trait Meta Mood Scale 48)⁷⁹, construido por Salovey, Mayer, Lee, Turvey y Palfai, y cuyo objetivo fue “recoger los aspectos de IE intrapersonal de las personas”⁷⁷ de las dimensiones de percepción, comprensión y regulación emocional, en un total de 48 ítems formulados equitativamente de manera positiva y negativa, de los cuales 21 corresponden a la escala de atención, 15 a la escala de claridad emocional y 12 a la escala de reparación emocional⁷⁹. En este punto es importante recalcar que los autores españoles utilizan los términos de atención, claridad y reparación emocional para hacer mención a las dimensiones de percepción, comprensión y regulación emocional. En el caso de este trabajo, se manejan estos últimos términos para facilitar la relación con la teoría en el idioma original.

“Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: validez, confiabilidad y objetividad”²⁶, y el TMMS-48 los reúne todos. Al ser creado

desde cero, los autores llevaron a cabo primeramente una validación de contenido, seguido de un cálculo de la confiabilidad y objetividad. Dichos requisitos se detallan en la tabla 3.

Tabla 3

Requisitos del TMMS-48 (Trait Meta Mood Scale 48)

Estudio	Población	Requisito	Prueba	Resultados de pruebas
“Emotional Attention, Clarity and Repair: Exploring Emotional Intelligence Using the Trait Meta-Mood Scale” realizado en el 1995 por Salovey, Mayer, Lee, Turvey y Palfai.	Una primera muestra de 200 estudiantes de la carrera de Licenciatura de Psicología y una segunda muestra de 148 en la cual se volvió a administrar el instrumento.	Validez	Validez de contenido.	Se crearon ítems para los tres dominios primarios, eliminando facilitación emocional del pensamiento al no contener habilidades medibles. La revisión bibliográfica argumenta a favor de que el TMMS-48 es una operacionalización razonable de los aspectos esenciales de la IE desde una perspectiva intrapersonal.
			Validez de constructo por Análisis Factorial Confirmatorio (CFA), usando el LISREL VI para los 48 ítems de las 3 dimensiones.	Para confirmar la estructura, se administró el instrumento en una segunda muestra. La prueba de significación Chi-cuadrado del ajuste global ($\chi^2(48) = 49.56$) sugirió que el modelo de tres factores se ajusta a los datos generados por esta segunda muestra. El Índice de Bondad de Ajuste (GFI) proporcionado por el programa LISREL fue de .94, lo que indica que la estructura representaba una gran proporción de la covarianza total.
		Confiabilidad	Medidas de consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach.	Alfa de Cronbach resultando un $\alpha = 0.86$ para atención, $\alpha = 0.87$ para claridad y $\alpha = 0.82$ para reparación (idealmente >0.80).
		Objetividad	La modalidad de auto-informe evita errores de los investigadores. Al ser una escala Likert, las opciones de respuesta son objetivas. No se solicita el nombre de la persona, por lo que se disminuyen los sesgos a la hora de evaluar resultados.	

Nota. Elaboración propia basada en “Emotional Attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale” (p.145), por P. Salovey, J. Mayer, S. Goldman, C. Turvey y T. Palfai, 1995, APA Science Volume Series ⁷⁹.

Para este instrumento, “el valor predictivo de la escala se encuentra fundamentado por diversas investigaciones. Se han encontrado correlaciones de IE con una mejor recuperación ante eventos negativos, menor nivel de estrés ante exámenes o estresores de tipo experimental, mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva, mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones interpersonales, menor número de pensamientos de venganza y de enfado tras un conflicto y mejor calidad de vida relacionada con la salud” ⁷⁷.

En el caso del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24), su creación se remonta al 2004, año en el que el grupo de investigadores conformado por Berrocal, Extremera y Ramos de la Universidad de Málaga de España llevan a cabo la validación del instrumento en su país. Esto es de gran importancia debido a que “es considerada la escala de IE de mayor uso en investigación psicológica y educativa tanto en España como en gran parte de Latinoamérica” ⁷⁷. Dicha versión mantiene la estructura original, evaluando las dimensiones de percepción, comprensión y regulación emocional, también llamadas como atención, claridad y reparación emocional, a través de 24 ítems (8 ítems por factor) en lugar de 48. El resultado del instrumento se divide en dimensiones, es decir, se obtienen categorías de respuestas por dimensión, las cuales no se pueden sumar para dar un puntaje global de inteligencia emocional. Además, como se comentó anteriormente, el puntaje por dimensiones varía de acuerdo con el género/sexo, siendo mayor la percepción emocional en mujeres, y la comprensión y regulación emocional en hombres. Para corregir esto, los autores decidieron aumentar en las mujeres la cantidad de puntos necesarios para obtener el resultado “adecuado” en percepción; así como llevar a cabo el mismo proceso en hombres para las dimensiones de comprensión y regulación emocional ⁷⁷. Las puntuaciones posibles del resultado se adjuntan en la tabla 4.

Tabla 4*Puntuaciones del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)*

Dimensiones	Puntuación	
	Hombres	Mujeres
Percepción emocional	Debe mejorar su percepción: presta poca atención ≤ 21	Debe mejorar su percepción: presta poca atención ≤ 24
	Adecuada percepción 22-32	Adecuada percepción 25-35
	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención ≥ 33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención ≥ 36
Comprensión emocional	Debe mejorar su comprensión ≤ 25	Debe mejorar su comprensión ≤ 23
	Adecuada comprensión 26-35	Adecuada comprensión 24-34
	Excelente comprensión ≥ 36	Excelente comprensión ≥ 35
Regulación emocional	Debe mejorar su regulación ≤ 23	Debe mejorar su regulación ≤ 23
	Adecuada regulación 24-35	Adecuada regulación 24-34
	Excelente regulación ≥ 36	Excelente regulación ≥ 35

Nota. Tomado de “Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta- Mood Scale”, por P. Fernández, N. Extremera y N. Ramos, 2004, *Psycol Rep*, 94(3), p.755 ⁷⁷.

La adaptación al español del TMMS-48 (Trait Meta Mood Scale 48) requirió de una validación de constructo, la cual eliminó 24 ítems, creando así el TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24). Además, se comprobaron otros requisitos los cuales se encuentran en la tabla 5.

Tabla 5*Requisitos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)*

Estudios	Población	Requisito	Prueba	Resultados de pruebas
“Validación y rehabilitación de la versión española modificada del Trait Meta-Mood Scale”, realizado en el 2004 por el grupo de investigación de Málaga en España conformado por Fernández, Extremera y Ramos.	Muestra de 292 estudiantes españoles de pregrado (84 hombres y 208 mujeres con un rango de edad de 18 a 57 años) los cuales respondieron la escala dos veces en un periodo de 4 semanas”.	Validez	Validez de contenido basada en una traducción de un instrumento anteriormente validado.	Fue traducido y retraducido por dos autores, fijado finalmente por consenso.
			Validez de constructo por medio de Análisis Factorial, específicamente Análisis de Componentes Principales con una Rotación Varimax para los 48 ítems.	Los valores fueron: Atención con 6.54, Claridad con 4.46 y Reparación con 2.86 (se deben incorporar factores cuya varianza sea >1). En conjunto representan 58.8% de la varianza. Se eliminaron los elementos con cargas ≤ 40 , lo que redujo el número total de elementos de 48 a 24, estos tenían baja fiabilidad, por evaluar aspectos interpersonales y aspectos emocionales generales.
		Confiabilidad	Medidas de estabilidad por medio del Test-retest con uso del Coeficiente de Correlación de Pearson.	La correlación en el test-retest satisfactoria: Atención con $r=0.60$, Claridad con $r=0.70$ y Reparación con $r=0.83$ (idealmente >0.60).
			Medidas de consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach.	Alfa de Cronbach obtuvo: Atención con $\alpha=0.90$, Claridad con $\alpha=0.90$ y Reparación con $\alpha=0.86$ (idealmente >0.80).
		Objetividad	La modalidad de auto-informe evita errores de los investigadores. Al ser una escala Likert, las opciones de respuesta son objetivas. No se solicita el nombre de la persona, por lo que se disminuyen los sesgos a la hora de evaluar resultados.	

Nota. Tomado de “Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta- Mood Scale”, por P. Fernández, N. Extremera y N. Ramos, 2004, *Psycol Rep*, 94(3), pp.751-5⁷⁷.

Los investigadores españoles comentan que “la versión española modificada del Trait Meta-Mood Scale tenía una confiabilidad aceptable, y las relaciones con las variables de criterio fueron similares a las de la versión en inglés. La versión española modificada proporciona un

inventario adecuado para examinar la influencia de la cultura en la inteligencia emocional percibida en las naciones de habla hispana ⁷⁷.

Diversos investigadores han realizado la validación del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24) en el contexto latinoamericano. Ejemplo de ello es el estudio titulado “Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería”, cuyo objetivo fue “disponer de elementos de medida validados en nuestra cultura y contexto disciplinar, que permitan evaluar las competencias emocionales de los estudiantes de enfermería, necesarias para una mejor calidad de vida laboral y personal” ⁷⁷. Los requisitos comprobados de la escala se adjuntan en la tabla 6.

Tabla 6

Requisitos de la validación latinoamericana del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)

Estudio	Población	Requisito	Prueba	Resultados de pruebas
"Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería" realizado en el 2013 por Espinoza, Sanhueza, Ramírez y Sáez.	Muestra de 349 estudiantes de enfermería (82% de la población total) de primero a último año de estudio de dos universidades de la comuna de Concepción en Chile. Además, prueba piloto a 30 estudiantes de otra universidad, que evidenció comprensión de los ítems y escala.	Validez	Validez de contenido basada en revisión por expertos.	Revisión por expertos de psicología y enfermería. Evaluaron la equivalencia conceptual (grado en que el instrumento reflejaba el dominio específico a medir) y cultural.
			Validez de constructo por generación de matriz de correlación entre ítems en donde se revisó el patrón de relaciones entre las variables (r de Pearson), con el Coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett.	Coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,895 (adecuado >0,6). Test de esfericidad de Bartlett de $p < 0,000$ (se acepta un nivel de significación <5%). La correlación promedio, así como la correlación inter-elementos, demuestra una relación positiva aceptable en cada una de las subescalas ($r > 0,4$), respectivamente.
			Validez de constructo por Análisis Factorial, específicamente Análisis de Componentes Principales con cálculo de las Comunalidades y	Se recogieron saturaciones >0,3 y los 3 factores en conjunto resumen el 56,5% de la variabilidad total de los datos. Percepción emocional con 19.6%, comprensión emocional con 19.5% y regulación emocional con

(continuación)

uso del criterio Kaiser con una Rotación Varimax y la evaluación del ajuste del modelo para los 24 ítems.	17,3%. La variabilidad de los ítems osciló entre 41% y 71%. La validez permitió comprobar que los factores que componen la escala de TMMS-24 concordaban con la teoría.
---	--

Confiabilidad	Medidas de consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach.	Alfa de Cronbach obtuvo: Atención con $\alpha=0.88$, Claridad con $\alpha=0.89$ y Reparación con $\alpha=0.86$ (idealmente >0.80). Estos resultados permiten aseverar que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada.
---------------	---	--

Objetividad	La modalidad de auto-informe evita errores de los investigadores. Al ser una escala Likert, las opciones de respuesta son objetivas. No se solicita el nombre de la persona, por lo que se disminuyen los sesgos a la hora de evaluar resultados.	
-------------	---	--

Nota. Tomado de “A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students”, por M. Espinoza, O. Sanhueza, N. Ramírez y K. Sáez, 2015, *Rev Latino-Am Enferm*, 23(1), pp.142-6 ²⁵.

La conclusión del equipo fue que “la Trait-Meta Mood Scale es un instrumento confiable y válido para medir la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. Su uso permite identificar habilidades para interpretar y manejar las emociones. Es, a la vez, un nuevo constructo de potencial importancia para el liderazgo de enfermería; éste ayuda a mejorar aspectos educacionales, organizacionales y personales; además, favorece una relación efectiva con los pacientes” ⁷⁷.

3.6.2. Administración del instrumento

Para llevar a cabo la administración del instrumento, se optó por la utilización de un formulario de Google, el cual fue enviado a través de correo electrónico a cada uno de los y las participantes el 20 de julio del 2020, junto con una breve presentación de los investigadores, título de la investigación, objetivos, riesgos y beneficios de participar, consentimiento informado y

procedimientos a seguir, tales como las instrucciones del llenado del instrumento, medios para resolver consultas y requisitos solicitados. Para obtener los contactos de la población, se contó con el apoyo de la dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

En referencia al formato del formulario, de forma secuencial se presentaron los datos de la investigación, requisitos de participación, consentimiento informado junto con un link del documento oficial con el fin de que los y las participantes tengan libre acceso para descargarlo, y por último, el espacio para completar la información sociodemográfica y las variables de la inteligencia emocional. El acceso al formulario estuvo habilitado desde el 20 de julio hasta el 20 de agosto del 2020, y las vías de comunicación con los investigadores se mantuvieron abiertas en caso de que se presentara alguna duda.

3.6.3. Manejo de los datos

Al administrar el instrumento, se obtuvieron datos que requieren un manejo adecuado, con el fin de asegurar la confidencialidad de los y las participantes; lo que incluye su almacenamiento, transporte y custodia. Una vez finalizada la recolección de datos el día jueves 20 de agosto del 2020, los investigadores procedieron a descargar la información y a guardarla en una matriz virtual del programa Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24), la cual fue, a su vez, almacenada en una llave maya (dispositivo de almacenamiento USB) y conservada por los investigadores. Como paso adicional, las respuestas de los formularios guardadas en Google Forms fueron eliminadas.

Concluido el estudio, los datos son custodiados por un período de cinco años, es decir, hasta el mes de agosto del año 2025; en respuesta a los artículos 51 y 52 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, N° 9234. Es importante destacar que el trato brindado a dicha información es estrictamente confidencial y con fines académicos, la presentación de los mismos se lleva a cabo únicamente a través del reporte de los resultados de la investigación (defensa de tesis) y, posteriormente, en un artículo científico.

3.7. Análisis de datos

Posterior a la recolección de datos, se llevó a cabo un procesamiento de los resultados con el fin de realizar un análisis, el cual se describe en los siguientes apartados.

3.7.1. Procesamiento de los datos

Una vez obtenidos los datos, estos se prepararon para su posterior análisis por medio del programa Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24) a partir de los siguientes pasos ²⁶:

1. **Obtención de las respuestas:** Los datos que se obtienen fueron transportados y guardados para su posterior análisis.
2. **Elaboración del sistema de codificación o llenado de la vista de las variables en el programa Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24):** Anteriormente se describió la codificación de las categorías, la cual es de gran utilidad a la hora de adjuntar datos a una matriz de datos; pero además de esto, es necesario un libro de códigos el cual “es una especie de manual para interpretar la matriz de datos” ²⁶, es decir, el libro dice en qué parte de la matriz se encuentra una categoría, el mismo se presenta en la tabla 7.

Tabla 7

Libro de códigos

Variables		Ítem	Categorías	Códigos	Columnas
Variables sociodemográficas	Edad	Ítem 1 del apartado "Datos sociodemográficos"	18-30 años	18-30	1
			No contestó	31	
			Contestó incorrectamente	32	
	Sexo	Ítem 2 del apartado "Datos sociodemográficos"	Mujer	1	2
			Hombre	2	
			Otro	3	
			No contestó	4	
			Contestó incorrectamente	5	
<i>(continuación)</i>	Estado civil	Ítem 3 del apartado "Datos sociodemográficos"	Soltero	1	3
			Unión libre	2	
			Casado (a)	3	

			Separado (a)	4	
			Divorciado (a)	5	
			Viudez	6	
			No contestó	7	
			Contestó incorrectamente	8	
Religión	Ítem 4 del apartado "Datos sociodemográficos"	Católico (a)	1	4	
		Evangélico (a)	2		
		Adventista	3		
		Mormón (a)	4		
		Ateo (a)	5		
		Otro	6		
		No contestó	7		
		Contestó incorrectamente	8		
Ocupación	Ítem 5 del apartado "Datos sociodemográficos"	Sólo estudia	1	5	
		Estudia y trabaja	2		
		No contestó	3		
		Contestó incorrectamente	4		
Año de carrera	Ítem 6 del apartado "Datos sociodemográficos"	Primer año	1	6	
		Cuarto año	2		
		No contestó	3		
		Contestó incorrectamente	4		
Variables de inteligencia emocional	Percepción, comprensión y regulación emocional	Los ítems 1-24 del apartado "Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)" (misma codificación al ser una Escala de Likert)	Nada de acuerdo	1	7-30
			Algo de acuerdo	2	
			Bastante de acuerdo	3	
			Muy de acuerdo	4	
			Totalmente de acuerdo	5	
			No contestó	6	
			Contestó incorrectamente	7	

Nota. Elaboración propia.

- 3. Registro o captura de los valores en la matriz o vista de los datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24):** Los datos totales, sin importar la estratificación de muestras, fueron trasladados a una matriz de datos virtual acomodada en una vista de datos y una vista de variables. En la tabla 8 se ejemplifica la vista de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24).

Tabla 8

Matriz de datos

Datos	Columna 1 (ítem 1 del apartado "Datos sociodemográficos")	..	Columna 6 (ítem 6 del apartado "Datos sociodemográficos")	Columna 7 (ítem 1 del apartado "Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)")	..	Columna 30 (ítem 24 del apartado "Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)")
Persona 1						
Persona 2						
...						
Persona 155						

Nota. Elaboración propia.

- 4. Revisar en la matriz que no haya errores de codificación:** La matriz se revisó minuciosamente con el fin de detectar y corregir errores.
- 5. Proceder con el análisis posterior:** Para este punto, los datos estaban listos para ser analizados por el programa.

3.7.2. Tipos de análisis

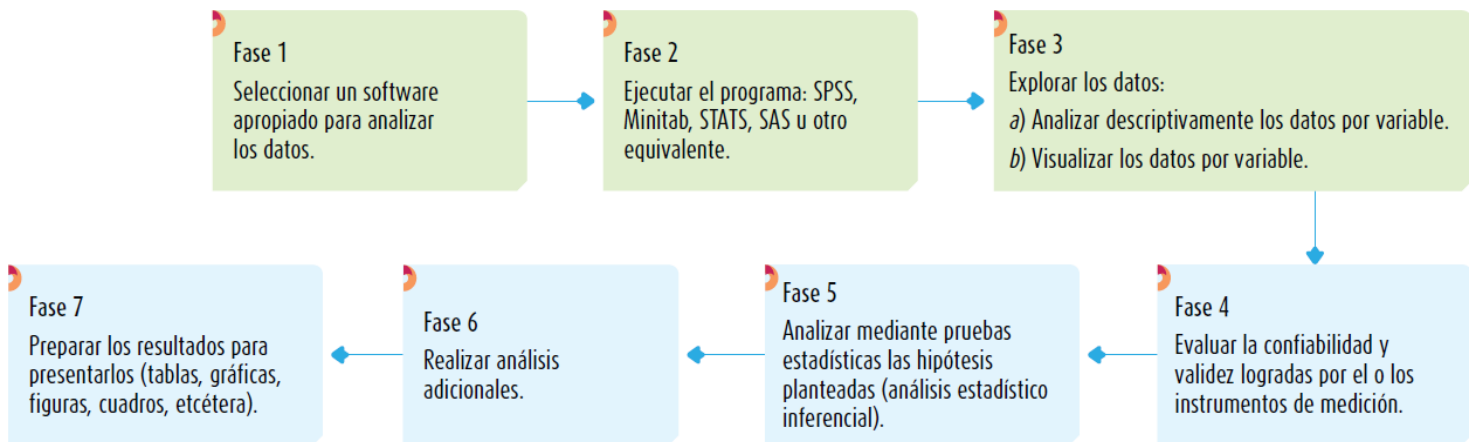
Los tipos de análisis utilizados en el estudio fueron el estadístico descriptivo y comparativo, los cuales se describen a continuación.

3.7.2.1. Análisis estadístico descriptivo por variable

Para el análisis estadístico, se eligió el descriptivo por variables, el cual “está referido al estudio y análisis de los datos obtenidos en una muestra (n) y como su nombre lo indica describen y resumen las observaciones obtenidas sobre un fenómeno, un suceso o un hecho”⁸⁰. Las fases adoptadas en el estudio se detallan en la figura 8.

Figura 8

Proceso para efectuar el análisis estadístico



Nota. Tomado de “Metodología de la investigación” (p.272), por R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista, 2014, McGrawHill Education²⁶.

Siguiendo el esquema de la figura 8, como parte de la fase 1 y 2 se eligió trabajar con la codificación descrita previamente en el apartado con este mismo nombre, a través del software Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24), el cual ofrece un análisis estadístico avanzado, una amplia biblioteca de algoritmos de aprendizaje automático, análisis de texto, extensibilidad de código abierto, e implementación sin problemas en aplicaciones. En la fase 3 se realizó la exploración de los datos a través de análisis descriptivo por variable, detallado en este apartado. La fase 4 y 5 no aplica para este estudio debido a que ya había realizado un proceso

de medición de validez, confiabilidad y objetividad, y que no se cuenta con una hipótesis. La fase 6 se desarrolló por medio de la revisión de los resultados en donde se busca resaltar datos de gran importancia o que su frecuencia es elevada. Por último, en la fase 7 se describe en el apartado de “resultados”.

Para desarrollar un análisis con estadística descriptiva, se hizo uso de la distribución de frecuencias para todas las variables, la cual consiste en “un conjunto de puntuaciones obtenidas para cada variable”²⁶. La distribución se puede llevar a cabo de forma manual, sin embargo, para agilizar el proceso utilizó el programa IBM SPSS® 24, el cual se encarga de hacer este proceso por cada variable y categoría. Los resultados de cada estrato de la población (divididos entre primer y cuarto año) se manejaron por separado a la hora de describirlos con el fin de realizar una comparación posterior, y su reporte se presenta en forma de tablas para todas las variables, y gráficos para resaltar algunos datos de gran relevancia, principalmente aquellos que son comparativos.

Es importante aclarar que la distribución realizada en las dimensiones de inteligencia emocional no corresponde a los ítems, sino a los resultados de cada una de estas. De forma complementaria, se procedió a analizar los estadísticos de medidas de tendencia central, tales como la media, el mínimo y máximo. Esto se realizó así debido a que los datos que se manejaron son categorizantes y no continuos. Aunque podrían analizarse distintos tipos de estadísticos en la edad, debido al corto rango no se realizó este proceso. Finalmente, tampoco se analizaron estadísticos similares en el resto de las variables debido a que mantenían un nivel de medición nominal y ordinal, lo que imposibilitaba llevar a cabo operaciones aritméticas.

3.7.2.2. Análisis comparativo

Una vez realizada la estadística descriptiva de los datos obtenidos por estrato de la población, se procedió con el análisis comparativo. Para esto se contrastó las frecuencias relativas y las medidas de tendencia central de cada dimensión y categoría de respuestas entre el grupo de primer y cuarto año, resaltando aquel que tuviera un puntaje mayor o menor.

3.8. Reporte del estudio

Cuando en una investigación se generan y analizan datos, es necesario comunicar los resultados mediante un reporte ²⁶ y este puede variar dependiendo de “las razones por las cuales surgió la investigación, los usuarios del estudio y el contexto en el cual se habrá de presentar” ²⁶. Para esta investigación, los usuarios, contextos y estándares para la elaboración del reporte son distintos, los cuales se exponen en la tabla 9.

Tabla 9

Reporte de resultados de la investigación

Usuarios	Contexto	Tipo de reporte	Estándares para la elaboración del reporte	Fecha
Académicos de la Universidad de Costa Rica: profesores, asesores, miembros de comités, jurados y alumnos.	Académico	Tesis (una copia es propiedad de Vicerrectoría de Investigación, y otra copia es propiedad del sistema de bibliotecas de la universidad, a la que se tiene acceso libre) y defensa de la tesis con presentación audiovisual.	Lineamientos propuestos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica en el artículo 8 ⁸¹ . El documento debe de contener las siguientes partes: 1. Tema de la investigación. 2. Objetivos que justifican la investigación. 3. Marco teórico de referencia. 4. Metodología. 5. Bibliografía. 6. Plan de trabajo y cronograma.	16/02/2021
<i>(continuación)</i>				
Editores y revisores de la Revista enfermería Actual en Costa Rica (REVENF)	Académico	Artículo original que reporta resultados de una investigación a la revista científica “Revista enfermería Actual en Costa Rica (REVENF)”.	Lineamientos de la Revista enfermería Actual en Costa Rica (REVENF) ⁸² : El documento debe de contener las siguientes partes: 1. Título (se aclara fuente de financiación en la página del título). 2. Resumen. 3. Descriptores. 4. Cuerpo del documento (introducción, materiales y	10/04/2021

método, resultado, discusión, conclusión, declaratorio de conflicto de intereses, referencias bibliográficas).

Participantes del estudio	Académico	Primeramente se envía una infografía de resultados por medio del correo electrónico a los participantes. Este se adjunta en el anexo D e incluye un resumen general de conceptos clave, resultados y conclusiones. Posterior a la elaboración del artículo científico, este es enviado a los participantes.	El infografía es informal, por lo que no se sigue ningún estándar para su creación, sólo se busca que incluya información resumida y que tenga un diseño atractivo. El artículo sigue los lineamientos de la revista.	Infografía: 25/01/2021 Artículo: 11/04/2021
---------------------------	-----------	---	---	--

Nota. Elaboración propia.

3.9. Consideraciones éticas

Toda investigación cuya población sea seres humanos, debe de cumplir una serie de principios y normas éticas. En el presente estudio, el cual consiste en una investigación no biomédica con seres humanos, se tomaron en cuenta aquellas normas y principios establecidos en códigos y declaraciones internacionales, leyes bioéticas nacionales, así como reglamentos y lineamientos internos de la universidad que protegen a los y las participantes de la investigación.

En relación con los principios y normas establecidas en códigos y declaraciones internacionales, las fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el Código de Núremberg adoptado por el Tribunal Internacional de Nuremberg en 1947, la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, la Declaración de Helsinki de las Asambleas Médicas Mundiales de distintos países comenzando por Finlandia en 1964 y finalizando con Brasil en 2013, el Informe de Belmont adoptado en Estados Unidos en 1979, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos adoptadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en Ginebra en el 2002, y finalmente, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la UNESCO en París en el 2005. No obstante, estos documentos se escribieron en respuesta a sucesos específicos y tienden a centrarse en los temas que los instigaron, aun así “hay siete requisitos éticos que sí proporcionan un marco sistemático y racional para determinar si la investigación clínica es ética”⁸³, los cuales están basados en valores y principios éticos de las principales fuentes internacionales de orientación ética comentadas anteriormente, los mismos se muestran en la figura 9.

Figura 9*Requisitos éticos en una investigación*

Requisitos	Explicación	Justificación de valores éticos
Valor social o científico.	Evaluar un tratamiento, una intervención o una teoría que mejorará la salud y el bienestar o el conocimiento.	Escasez de recursos y evitar la explotación.
Validez científica.	Postular una hipótesis clara, utilizar principios y métodos científicos aceptados, que incluyen las técnicas estadísticas, para producir datos confiables y válidos.	Escasez de recursos y evitar la explotación.
Selección equitativa de los sujetos.	Que la selección de sujetos/participantes se haga cuidando de que no se seleccione a personas/poblaciones estigmatizadas o vulnerables para las investigaciones riesgosas, mientras que a las más favorecidas se les ofrezca participar en investigaciones de potencial más beneficioso.	Justicia distributiva.
Razón riesgo/beneficio favorable.	Minimizar los riesgos y daños potenciales, maximizando los beneficios potenciales con el fin de que los riesgos a los sujetos/participantes sean proporcionales a los beneficios al sujeto/ participante y a la sociedad.	No-maleficencia. Beneficencia.
Evaluación independiente.	Evaluación del diseño del ensayo, la población sujeto propuesta y la razón riesgo/beneficio por individuos ajenos a la investigación.	Minimizar potenciales conflictos de interés. Cumplir con el compromiso a rendir cuenta pública.
Consentimiento informado.	Informar a los sujetos potenciales acerca del propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios potenciales y las alternativas, de forma que las personas comprendan esta información y puedan tomar decisiones en forma voluntaria acerca de su participación en la investigación.	Respeto a la autonomía de los sujetos.
Respeto por los sujetos inscritos.	Respeto a los sujetos demostrado mediante: 1. La posibilidad de permitirles salirse de la investigación 2. La protección de su privacidad a través de la confidencialidad 3. La provisión de información acerca de riesgos o beneficios descubiertos en el curso de la investigación 4. La provisión de información acerca de los resultados de la investigación clínica 5. La vigilancia continua de su bienestar	Respeto a la autonomía de los sujetos. Beneficencia.

Nota. Tomado de “Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas” (p.14), por E. Emmanuel, 2003, Programa Regional de Bioética OPS/OMS ⁸³.

Tanto el gobierno de Costa Rica como las autoridades de la Universidad de Costa Rica se apegan a los principios internacionales y a los siete requisitos éticos para formular sus leyes, reglamentos y lineamientos, por lo que a continuación se procede a describir la forma en la que fueron integrados tanto en la norma como en la investigación.

En Costa Rica se adopta la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, N° 9234, cuyo objetivo es “regular la investigación biomédica con seres humanos en materia de salud, en los

sectores público y privado”⁸⁴. Respecto a los principios éticos internacionales, en el artículo 4 se menciona el respeto a la dignidad de las personas, la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia distributiva. En cuanto a los requisitos éticos, en el capítulo IX - grupos vulnerables se menciona la **selección equitativa de los sujetos**, la cual se cumple al seleccionar en forma de censo a toda la población de primer y cuarto año mayor de edad, luego de determinar la **razón riesgo/beneficio favorable**. En el capítulo II - consentimiento informado se menciona el **consentimiento informado** junto con todos sus requisitos, a partir de los cuales, se crea el consentimiento de la investigación, adjunto en el anexo C. Junto con este documento, antes de administrar el instrumento se explica, por medio del correo electrónico y el formulario, en qué consiste la investigación, sus objetivos, los riesgos y beneficios de participar en la misma, cómo completar el instrumento, entre otros elementos. De esta forma, una vez que los y las participantes leyeron el consentimiento, entendieron la explicación brindada, y aclararon todas las dudas, si estaban de acuerdo y cumplían con los criterios de selección, procedían a participar en el estudio. El **respeto por los sujetos inscritos** se menciona en el artículo 5 con la gratuidad y la calidad de la información, en el artículo 24 con el derecho a retractarse, en el artículo 25 con el derecho a confidencialidad, en el artículo 27 con el derecho a la información expuesta, en el artículo 28 con el derecho a disfrutar de los beneficios que resulten de la investigación, en el artículo 51 con los deberes de los investigadores y finalmente, en el artículo 52 con la publicación de los resultados de las investigaciones. Gran parte de estos requisitos se reflejaron en la investigación principalmente a la hora de administrar el instrumento, ya que fue un momento clave en el que se informó a los y las participantes sobre sus derechos y deberes, así como por el cuidadoso manejo que debe brindarse a los datos; pasos que fueron descritos en el apartado de “manejo de datos”. Posterior a la finalización del estudio y generar datos, se siguen manteniendo requisitos relacionados al reporte de resultados, los cuales se describieron en el apartado con el mismo nombre. En este proceso, se hacen llegar los datos a los y las participantes, académicos de la universidad, así como a otros usuarios interesados, siempre manteniendo la confidencialidad.

En la Universidad de Costa Rica se adoptan los requisitos expuestos en la ley y se adicionan normas propias de la institución por medio de reglamentos. El primer reglamento que se hace mención es el Reglamento de la Investigación en la Universidad de Costa Rica el cual “establece las disposiciones generales que regulan los procesos de formulación, ejecución, seguimiento, evaluación, difusión y divulgación de la investigación en la Universidad de Costa Rica, así como

las funciones, obligaciones y responsabilidades de las instancias universitarias, del personal universitario y de quienes participen en los programas, los proyectos o en las actividades de apoyo a la investigación, inscritos en la Vicerrectoría de Investigación”⁸⁵. En este reglamento se toma en cuenta el **requisito de evaluación independiente** por medio del artículo 5 el cual comenta que "la investigación en la Universidad de Costa Rica es coordinada y supervisada por la Vicerrectoría de Investigación [...]"⁸⁵, y para esto, se establece la existencia de grupos encargados de velar por el cumplimiento de principios éticos dentro de cada proyecto. Debido a ello, la propuesta del proyecto de investigación fue presentada ante la Dirección Académico-Docente, en cumplimiento con los artículos 39 y 41 del reglamento, y posteriormente enviada a la Comisión de Investigación, en cumplimiento con el artículo 43, la cual remite el proyecto al Comité Ético-Científico. Para construir la propuesta, se trabajó en la **validez científica** a través de los capítulos I, II y III de la presente investigación, y posteriormente con la publicación de los resultados, se cumplió con el requisito de **valor social o científico**. Además de esto, en disposición con los artículos 52 y 53, se enviaron dos informes del trabajo a la Dirección Académico-Docente en los plazos establecidos para que sean evaluados por parte del Consejo Científico y la Comisión de Investigación. Cuando el informe es aprobado, la Dirección Académico-Docente remite a la Vicerrectoría de Investigación un ejemplar de la versión definitiva del informe, y al finalizar la investigación, una copia de la tesis es enviada a la Vicerrectoría. Por último, se toma en cuenta el **respeto por los sujetos inscritos**, específicamente con el mantenimiento de la confidencialidad en la publicación y difusión de los resultados en disposición con los artículos 9, 41 y 42; la descripción del proceso se encuentra en el apartado “reporte de los resultados” del presente capítulo.

El segundo reglamento que se tomó en cuenta fue el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que participan seres humanos, del cual deriva los Lineamientos del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para Investigaciones con seres humanos, biomédicas y no biomédicas. “El objetivo del presente reglamento es establecer los mecanismos que garanticen la competencia ética en todas las modalidades de investigación en que se vea involucrada la Universidad de Costa Rica y que versan sobre seres humanos”⁸⁶. Respecto a los principios éticos internacionales, en el artículo 6 se menciona “el respeto a la persona y a la personalidad (principio que se extiende a la dignidad e intimidad del individuo, sus creencias religiosas, su inclinación política, las prácticas derivadas de la pertenencia cultural, su capacidad de autodeterminación), la buena fe que expresan los

individuos, la justicia que rige las relaciones entre las instancias involucradas, los investigadores y las personas participantes en el estudio, proporcionalidad y razonabilidad que permitan sopesar la idoneidad del estudio, la no maleficencia dirigida a evitar riesgo o perjuicio que puedan sufrir los sujetos participantes o incluso los investigadores, la honestidad dada en la comunicación transparente entre las partes involucradas dentro de la investigación”⁸⁶. En cuanto a los requisitos éticos, en el artículo 7, 8 y 9 se menciona el **consentimiento informado**, cuyos requisitos son descritos en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, N° 9234. En los artículos 10 y 11 se hace mención al **respeto por los sujetos inscritos** por medio del derecho de renuncia, así como el mantenimiento de la confidencialidad contemplada en el artículo 12 y tomados en cuenta en la recolección, manejo y publicación de los datos. Otro de los requisitos es la **selección equitativa de sujetos**, descrita en el artículo 15 en donde se comenta que antes de obtener los datos, se debe de concluir con la etapa de reclutamiento, así como con la selección e inscripción de las personas como parte de la población meta en la investigación en las cuales, se debe de tomar en cuenta los siguientes puntos: “el riesgo para los participantes, el beneficio anticipado para los seres participantes, la importancia del conocimiento que razonablemente pueda esperarse como resultado de dicha investigación, el procedimiento para obtener el consentimiento informado, las previsiones que se tomarán para asegurar la privacidad de los participantes y el destino final de las muestras”⁸⁶. Todo este proceso de selección de la población se describe en el apartado de “población de estudio” del presente capítulo. Otro de los requisitos éticos es la **evaluación independiente** expuesto en el artículo 35, tomada en cuenta por medio de los informes de investigación los cuales son enviados al Comité Ético Científico.

3.10. Otras consideraciones

Dentro de otras consideraciones se encuentra la filiación de los investigadores, declaración de conflicto de intereses y el financiamiento de la investigación. Estos se describen a continuación.

3.10.1. Filiación de los investigadores

Ambos investigadores son estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

3.10.2. Declaración de conflicto de intereses

“Los conflictos relacionados con los autores, hace referencia a cualquier compromiso que cada autor o colaborador posea, que puedan influir en la investigación, o en la presentación de los resultados del mismo”⁸⁷. En este caso, los investigadores no presentaron ningún compromiso con instituciones, organizaciones o personas independientes.

3.10.3. Financiamiento de la investigación

Dicho estudio no tuvo ningún tipo de apoyo económico por parte de instituciones, organizaciones o personas independientes; es financiado únicamente por los investigadores.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En la recolección de datos se contó con la participación de 99 personas, de las cuales 12 no cumplieron con los criterios establecidos, quedando un total de 87 respuestas finales; lo cual representa 56,1% de la población inicial. De dichas respuestas, 53 corresponden a participantes de primer año y 34 de cuarto año; lo que significa que se obtuvo un porcentaje de participación de 52,0% de la población de primer año y 64,1% de cuarto. Del total de la población participante en la presente investigación, 60,9% es de primer año y 39,1% de cuarto.

A continuación se detallan los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas y dimensiones de la inteligencia emocional, y posteriormente los resultados comparativos. El reporte se hizo tomando en cuenta la población de estudio y la estructura original de la presentación de resultados del TMMS-24, por lo que los datos se encuentran organizados según año de carrera y sexo.

4.1. Resultados sociodemográficos

Los resultados sociodemográficos de los y las participantes de la investigación se encuentran sintetizados en la tabla 10.

Tabla 10*Distribución de participantes según datos sociodemográficos, año de carrera y sexo (n=87)*

Datos sociodemográficos		Primer año			Cuarto año			TOTAL GENERAL
		Sexo Fi (fi)			Sexo Fi (fi)			
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Edad (años)	18-19	8 (47,1%)	24 (66,7%)	32 (60,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	32 (36,8%)
	20-21	5 (29,5%)	6 (16,6%)	11 (20,8%)	0 (0,0%)	6 (21,4%)	6 (17,7%)	17 (19,5%)
	22-23	2 (11,7%)	5 (13,9%)	7 (13,2%)	3 (50,0%)	16 (57,2%)	19 (55,9%)	26 (29,9%)
	24-25	2 (11,7%)	1 (2,8%)	3 (5,6%)	3 (50,0%)	6 (21,4%)	9 (26,4%)	12 (13,8%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)
Estado civil	Soltero (a)	16 (94,1%)	36 (100%)	52 (98,1%)	5 (83,3%)	28 (100%)	33 (97,1%)	85 (97,6%)
	Otros	1 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	2 (2,4%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)
Religión	Católico (a)	6 (35,3%)	25 (69,4%)	31 (58,5%)	3 (50,0%)	16 (57,1%)	19 (55,9%)	50 (57,6%)
	Evangélico (a)	2 (11,8%)	4 (11,1%)	6 (11,3%)	0 (0,0%)	7 (25,0%)	7 (20,6%)	13 (14,9%)
	Ninguna	6 (35,3%)	6 (16,7%)	12 (22,6%)	2 (33,3%)	4 (14,3%)	6 (17,6%)	18 (20,7%)
	Otro (a)	3 (17,6%)	1 (2,8%)	4 (7,6%)	1 (16,7%)	1 (3,6%)	2 (5,9%)	6 (6,8%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)
Ocupación	Sólo estudia	15 (88,2%)	36 (100%)	51 (96,2%)	5 (83,3%)	22 (78,6%)	27 (79,4%)	78 (89,7%)
	Estudia y trabaja	2 (11,8%)	0 (0,0%)	2 (3,8%)	1 (16,7%)	6 (21,4%)	7 (20,6%)	9 (10,3%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)

Nota. Elaboración propia basada en los resultados obtenidos de “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.

De acuerdo con los datos de la tabla 10, la mayoría de participantes son mujeres. Además, se observa que el porcentaje de hombres en cuarto año es menor con respecto al de primer año. Otro dato relevante es que la mayor parte de participantes tienen edades entre los 18 y 19 años, seguido del rango entre los 22 y 23 años. Aquellos con edades mayores de 23 años representan a la minoría. En cuanto al estado civil, la mayor cantidad porcentual corresponde a personas solteras, de forma tal que el resto de categorías sólo constituyen aproximadamente un 2%, representado por un participante separado y otro en estado de viudez. Respecto a la religión, más de la mitad de los y las participantes pertenecen a la religión católica, cerca de una cuarta parte comenta no tener ninguna religión, y el resto de opciones presentan bajos porcentajes. Por otra parte, la mayor parte de participantes sólo estudian, y únicamente cerca del 10% trabaja y estudia de forma simultánea (dato concentrado mayormente en estudiantes de cuarto año).

Al visualizar las características sociodemográficas, es claro que existen variables con datos que se mantienen similares en ambos grupos, como por ejemplo el estado civil, en donde cerca del 98% de la población se clasifica como soltero o soltera. Sin embargo, hay otras variables cuyos datos se muestran diferentes dependiendo de si se trata de primer o cuarto año, los cuales son: sexo (principalmente mujeres en ambos grupos, pero con una mayor cantidad en cuarto año) y edad (principalmente 18-19 años en primer año y 22-23 en cuarto año). Además, se incorpora una nueva variable denominada “años de preparación universitaria”, la cual está ligada con la edad, de forma tal que a mayor edad, mayor tiempo de preparación (al menos 7 meses en primer año y al menos 3 años y 7 meses en cuarto año).

4.2. Resultados del TMMS-24

Los resultados obtenidos de las frecuencias absolutas y relativas se detallan en la tabla 11, los datos de las medidas de tendencia central se encuentran en la tabla 12, y la descripción de las mismas se presenta en los apartados siguientes, nombrados de acuerdo a las tres dimensiones de la inteligencia emocional. Es importante mencionar que la categorización de los puntajes obtenidos en el instrumento se llevó a cabo según la información descrita en la tabla 4, disponible en la sección 3.6.1. Instrumento de medición del capítulo de marco metodológico.

Tabla 11

Distribución de los resultados de cada dimensión de inteligencia emocional, según año de carrera y sexo (n=87)

Dimensión	Categorías de la dimensión	Primer año			Cuarto año			TOTAL GENERAL
		Sexo Fi (fi)			Sexo Fi (fi)			
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Percepción	Presta poca atención	5 (29,4%)	11 (30,6%)	16 (30,2%)	2 (33,3%)	4 (14,3%)	6 (17,6%)	22 (25,3%)
	Adecuada percepción	8 (47,1%)	19 (52,8%)	27 (50,9%)	3 (50,0%)	16 (57,1%)	19 (55,9%)	46 (52,9%)
	Presta demasiada atención	4 (23,5%)	6 (16,6%)	10 (18,9%)	1 (16,7%)	8 (28,6%)	9 (26,5%)	19 (21,8%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)
Comprensión	Debe mejorar su comprensión	9 (52,9%)	21 (58,4%)	30 (56,6%)	1 (16,7%)	6 (21,4%)	7 (20,9%)	37 (42,5%)
	Adecuada comprensión	7 (41,2%)	11 (30,5%)	18 (33,9%)	3 (50,0%)	17 (60,7%)	20 (58,2%)	38 (43,7%)
	Excelente comprensión	1 (5,9%)	4 (11,1%)	5 (9,5%)	2 (33,3%)	5 (17,9%)	7 (20,9%)	12 (13,8%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)
Regulación	Debe mejorar su regulación	6 (35,3%)	14 (38,9%)	20 (37,7%)	0 (0,0%)	6 (21,4%)	6 (17,6%)	26 (29,9%)
	Adecuada regulación	8 (47,1%)	18 (50,0%)	26 (49,1%)	3 (50,0%)	18 (64,3%)	21 (61,8%)	47 (54,0%)
	Excelente regulación	3 (17,6%)	4 (11,1%)	7 (13,2%)	3 (50,0%)	4 (14,3%)	7 (20,6%)	14 (16,1%)
	Total	17 (100%)	36 (100%)	53 (100%)	6 (100%)	28 (100%)	34 (100%)	87 (100%)

Nota. Elaboración propia basada en los resultados obtenidos de “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.

Tabla 12

Distribución de las medidas de tendencia central y de variabilidad de cada dimensión de inteligencia emocional según año de carrera (n=87)

Dimensión	Primer año						Cuarto año						TOTAL GENERAL	
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Media	Min-Max
	Media	Min-Max	Media	Min-Max	Media	Min-Max	Media	Min-Max	Media	Min-Max	Media	Min-Max		
Percepción	26,35	17-38	27,92	10-40	27,42	10-40	27,33	19-33	31,04	20-40	30,38	19-40	28,57	10-40
Comprensión	25,18	14-38	23,11	8-39	23,77	8-39	33,50	24-40	28,18	14-40	29,12	14-40	25,86	8-40
Regulación	27,41	16-37	26,19	8-39	26,58	8-39	32,67	24-38	28,57	18-40	29,29	18-40	27,64	8-40

Notas.

1. Los datos de la media son redondeados para poder determinar su clasificación de acuerdo con las categorías de las tres dimensiones.
2. El puntaje mínimo que puede obtenerse por dimensión es 8 y el máximo es 40.
3. Elaboración propia basada en los resultados obtenidos de “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.

4.2.1. Percepción emocional

De acuerdo con los datos de la tabla 11, para **la población de primer año** se evidencia que aproximadamente la mitad cuenta con una adecuada percepción, y por tanto son capaces de atender a los sentimientos de forma adecuada. En esta categoría el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres. Los y las participantes que prestan poca atención representan la siguiente categoría de importancia referente a la cantidad porcentual; y al igual que en el resultado anterior, el porcentaje de mujeres fue mayor con respecto a los hombres, aunque dicha diferencia fue tan solo de 1,2%. La siguiente categoría corresponde a aquellos participantes que prestan demasiada atención, en la cual el porcentaje de mujeres fue menor con respecto a los hombres. Esto refleja que aproximadamente la mitad del grupo participante de primer año no cuentan con una adecuada percepción emocional.

En cuanto a los datos de las medidas de tendencia central sintetizados en tabla 12, la media del grupo de primer año respecto a esta dimensión se categoriza en adecuada percepción, lo cual se repite para la media de ambos sexos, aunque las mujeres obtuvieron un valor superior en 1,57 puntos en comparación a los hombres. El mínimo fue dominado por las mujeres, con una diferencia de 7 puntos en relación con los hombres; de igual manera las mujeres dominaron el máximo con una diferencia de 2 puntos.

Los resultados del **grupo de cuarto año** fueron muy similares a los del grupo anterior; ya que aproximadamente la mitad cuenta con una adecuada percepción, y por tanto son capaces de atender a los sentimientos de forma adecuada. En esta categoría el porcentaje de mujeres fue mayor con respecto a los hombres. Aquellos participantes que prestan poca atención representan un menor porcentaje que quienes prestan demasiada atención, en la primera -presta poca atención- el porcentaje de mujeres fue menor con respecto a los hombres, y en la segunda -presta demasiada atención- el porcentaje fue mayor que el de hombres. Lo que refleja que poco menos de la mitad del grupo participante de cuarto año no cuentan con una adecuada percepción emocional.

En cuanto a las medidas de tendencia central, la media general del grupo de cuarto año respecto a esta dimensión se categoriza en adecuada percepción, lo cual se repite para la media de ambos sexos, aunque las mujeres obtuvieron un valor superior en 3,71 puntos en comparación a los hombres. El mínimo fue dominado por los hombres, con una diferencia de 1 punto en relación con las mujeres; mientras que el máximo fue dominado por las mujeres, con una diferencia de 7 puntos en relación con los hombres.

4.2.2. Comprensión emocional

Según los datos de la segunda dimensión en la tabla 11, para la **población de primer año** se indica que aproximadamente una tercera parte cuenta con una adecuada comprensión, categoría en la cual el porcentaje de mujeres fue menor con respecto al de hombres. En cuanto a los y las participantes que poseen excelente comprensión corresponde a menos del 10%, en donde el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres. Esto indica que poco más del 40% del grupo de primer año comprende bien sus estados emocionales. Por otra parte, más del 50% de estos participantes debe mejorar su comprensión, en donde el porcentaje de mujeres fue mayor en 5,5% con respecto al de hombres. Dichos datos indican que la mayor parte de este grupo no cuenta con una adecuada comprensión emocional.

En cuanto a las medidas de tendencia central, la media general del grupo de primer año se categoriza en adecuada comprensión, aunque se encuentra en el límite inferior del intervalo. No ocurre lo mismo con la media específica por sexo, debido a que es categorizada en hombres como adecuada comprensión y en mujeres como debe mejorar su comprensión. Así, los hombres obtuvieron un valor superior en 2,07 puntos en comparación a las mujeres. El mínimo fue dominado por las mujeres, con una diferencia de 6 puntos en relación con los hombres; de igual manera las mujeres dominaron el máximo con una diferencia de 1 punto.

Los resultados del **grupo de cuarto año** fueron bastante distintos a los del grupo anterior. La categoría con mayor importancia en cuanto a cantidad porcentual corresponde a aquellos participantes con adecuada comprensión, que representan poco menos del 60% de este grupo, en donde el porcentaje de mujeres fue mayor al de hombres en un 10,7%. Poco más del 20% cuenta con excelente comprensión; categoría en la cual el porcentaje de mujeres fue aproximadamente la mitad del porcentaje de hombres. Dichos datos evidencian que el 79,1% del grupo participante de cuarto año comprende bien sus estados emocionales. Por otra parte, poco más del 20% de este mismo grupo debe mejorar su comprensión emocional, en donde el porcentaje de mujeres fue mayor con respecto al de hombres. Este último porcentaje del grupo no cuenta con una adecuada comprensión emocional.

En cuanto a los datos de las medidas de tendencia central, la media general del grupo de cuarto año respecto a esta dimensión se categoriza en adecuada comprensión, lo cual se repite para la media de ambos sexos, aunque los hombres obtuvieron un valor superior en 5,32 puntos en

comparación a las mujeres. El mínimo fue dominado por las mujeres, con una diferencia de 10 puntos en relación con los hombres; mientras que el máximo fue igual en ambos grupos.

4.2.3. Regulación emocional

Los resultados obtenidos en la dimensión de regulación emocional de la tabla 11, indican que aproximadamente la mitad de la **población de primer año** cuenta con una adecuada regulación, en esta categoría el porcentaje de mujeres fue mayor en 2,9% con respecto a los hombres. Los y las participantes con excelente regulación representan más del 10% de este grupo, categoría en la cual el porcentaje de mujeres fue menor que el de hombres. Dichos datos indican que más del 60% del grupo de participantes de primer año son capaces de regular los estados emocionales de forma adecuada. Por otra parte, poco menos del 40% de este grupo debe mejorar su regulación emocional, en donde el porcentaje de mujeres fue mayor en 3,6% con respecto a los hombres. Este 40% representa al porcentaje del grupo que no cuenta con una adecuada regulación emocional.

En cuanto a los datos de las medidas de tendencia central, la media general del grupo de primer año respecto a esta dimensión se categoriza en adecuada regulación, lo cual se repite para la media de ambos sexos, aunque los hombres obtuvieron un valor superior en 1,22 puntos en comparación a las mujeres. El mínimo fue dominado por las mujeres, con una diferencia de 8 puntos con relación a los hombres; de igual manera las mujeres dominaron el máximo con una diferencia de 2 puntos.

Los datos del **grupo de cuarto año** para esta misma dimensión reflejan que más del 60% cuenta con adecuada regulación, en donde el porcentaje de mujeres fue mayor con respecto al de hombres. Poco más del 20% cuenta con excelente comprensión; categoría en la cual el porcentaje de mujeres fue menor que el de hombres. Dichos datos indican que más del 80% del grupo participante de cuarto año es capaz de regular los estados emocionales de forma adecuada. Por otra parte, menos del 20% del mismo grupo debe mejorar su regulación emocional, categoría en la cual el porcentaje de hombres fue nulo. Este último porcentaje representa a la parte del grupo que no cuenta con una adecuada regulación emocional.

En cuanto a los datos de las medidas de tendencia central, la media general del grupo de cuarto año respecto a esta dimensión se categoriza en adecuada regulación, lo cual se repite para

la media de ambos sexos, aunque los hombres obtuvieron un valor superior en 4,10 puntos en comparación a las mujeres. El mínimo fue dominado por las mujeres, con una diferencia de 6 puntos; de igual manera las mujeres dominaron el máximo con una diferencia de 2 puntos.

A modo de resumen, de acuerdo con los datos de frecuencias relativas, más de la mitad de la población de ambos sexos cuenta con resultados adecuados o excelentes para todas las dimensiones, con excepción de comprensión emocional en primer año. Además, se observa que un mayor porcentaje de participantes con estas categorías pertenecían a mujeres para percepción emocional y en hombres para comprensión y regulación emocional. Puede observarse también que la población restante debe mejorar sus habilidades emocionales.

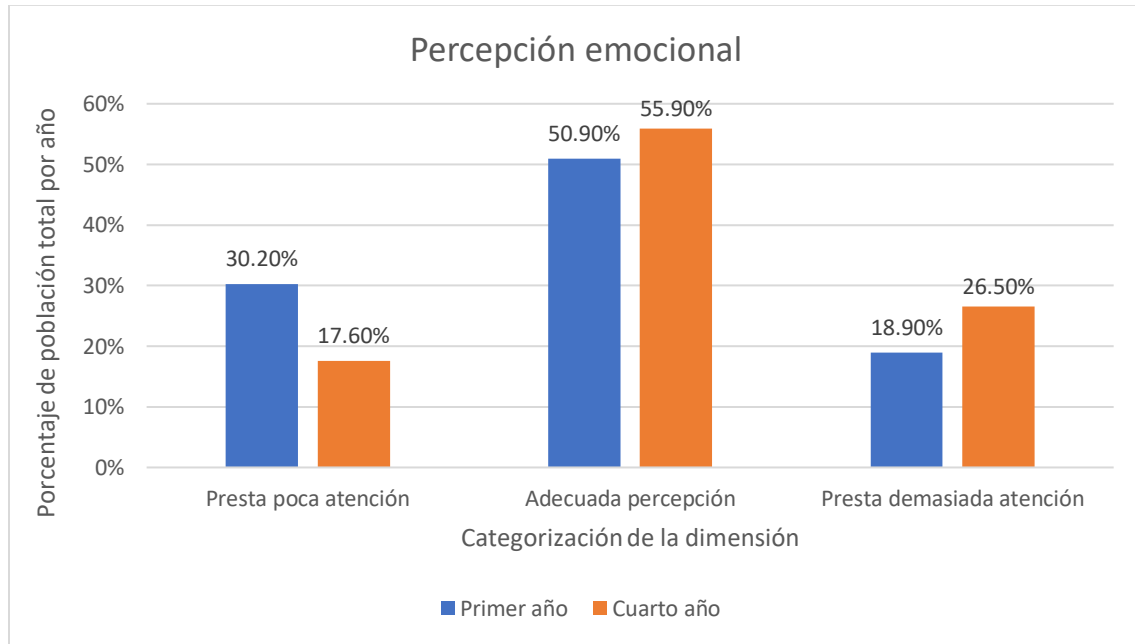
En cuanto a las medidas de tendencia central, la media de las tres dimensiones se clasifica como adecuada en ambos sexos, con excepción de comprensión emocional para mujeres de primer año, y fue superior en mujeres para percepción emocional y en hombres para comprensión y regulación emocional. Además, tanto los mínimos como máximos fueron dominados por las mujeres en la mayoría de los casos.

4.2.4. Comparación de resultados por dimensión de inteligencia emocional según año de carrera

Para comparar los resultados de las dimensiones según el año de carrera, se utilizan las frecuencias relativas y las medidas de tendencia central totales de cada grupo. La primera dimensión es la percepción emocional, para la cual la comparación de frecuencias relativas por categoría de respuestas es presentada en el gráfico 1.

Gráfico 1

Distribución de frecuencias relativas de la dimensión de percepción emocional según año de carrera (n=87)



Nota. Elaboración propia basada en los resultados obtenidos de “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.

Según los datos del gráfico 1, cerca de la mitad de participantes tanto de primer como cuarto año cuentan con una adecuada percepción (categoría que concentra el mayor porcentaje), mientras que la mitad restante prestan poca o demasiada atención.

Respecto a cada una de las categorías, el mayor porcentaje de participantes que cuentan con una adecuada percepción pertenece a cuarto año, con una diferencia del 5% con primer año. La mayor cantidad porcentual de participantes que prestan poca atención pertenece a primer año, con una diferencia del 12,6% con los de cuarto año. Caso contrario ocurre con presta demasiada atención, en donde la mayor cantidad porcentual de participantes que obtuvo este resultado son de cuarto año, con una diferencia del 7,6% con los de primer año.

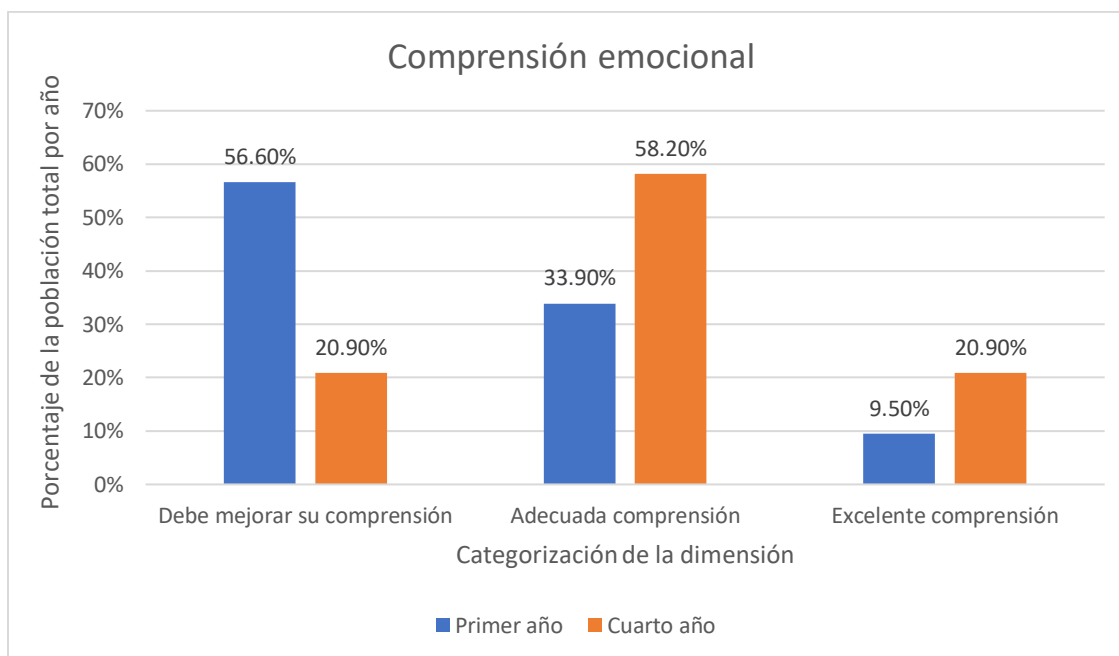
Acorde con las medidas de tendencia central, los participantes de cuarto año obtuvieron una media superior en 2,96 puntos en comparación a primer año, aunque ambas son categorizadas

como adecuada percepción. El mínimo fue dominado por primer año, con una diferencia de 9 puntos en relación con cuarto año; mientras que el máximo fue igual en ambos grupos.

La segunda dimensión es la comprensión emocional, para la cual, la comparación de frecuencias relativas por categoría de respuestas es presentada en el gráfico 2.

Gráfico 2

Distribución de frecuencias relativas de la dimensión de comprensión emocional según año de carrera (n=87)



Nota. Elaboración propia basada en los resultados obtenidos de “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.

Según los datos del gráfico 2, cerca del 80% de participantes de cuarto año cuenta con una adecuada (categoría que concentra el mayor porcentaje) o excelente comprensión, mientras que el 20% restante deben mejorar su comprensión. Además, cerca de la mitad de participantes de primer año cuentan con una adecuada (categoría que concentra el mayor porcentaje) o excelente comprensión, mientras que la mitad restante deben mejorar su comprensión.

Respecto a cada una de las categorías, el mayor porcentaje de participantes que cuenta con una adecuada comprensión pertenece a cuarto año, con una diferencia del 24,3% con primer año.

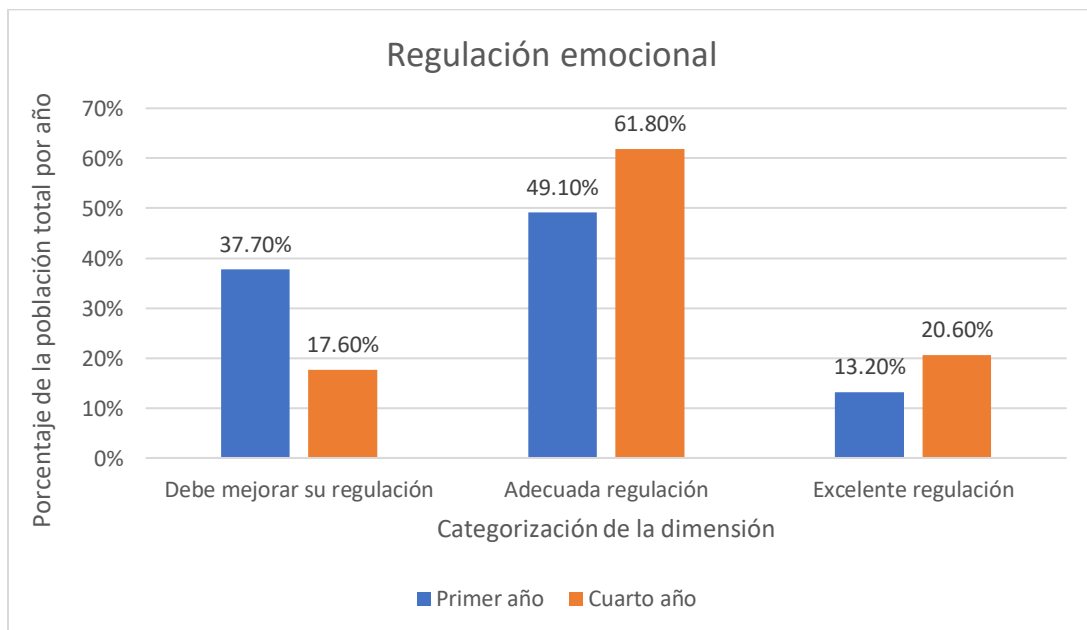
Ocurre del mismo modo con excelente comprensión, en donde el mayor porcentaje pertenece a cuarto año, con una diferencia de 11,4% con primer año. En el caso de debe mejorar su comprensión, la mayor cantidad porcentual de participantes que obtuvo este resultado son de primer año, con una diferencia del 35,7% con los de cuarto año.

Acorde con las medidas de tendencia central, los participantes de cuarto año obtuvieron una media superior en 5,35 puntos en comparación a primer año (el cual se encuentra en el límite inferior del intervalo), aunque ambas son categorizadas como adecuada comprensión. El mínimo fue dominado por primer año, con una diferencia de 6 puntos en relación con cuarto año; mientras que el máximo fue dominado por cuarto año, con una diferencia de 1 punto en relación con primer año.

La última dimensión es la regulación emocional, para la cual, la comparación de frecuencias relativas por categoría de respuestas es presentada en el gráfico 3.

Gráfico 3

Distribución de frecuencias relativas de la dimensión de regulación emocional según año de carrera (n=87)



Nota. Elaboración propia basada en los resultados obtenidos de “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.

Según los datos del gráfico 3, cerca del 80% de participantes de cuarto año cuenta con una adecuada (categoría que concentra el mayor porcentaje) o excelente regulación, mientras que el 20% restante debe mejorar su regulación. Además, cerca del 60% de participantes de primer año cuenta con una adecuada (categoría que concentra el mayor porcentaje) o excelente regulación, mientras que el 40% restante debe mejorar su regulación.

Respecto a cada una de las categorías, el mayor porcentaje de participantes que cuenta con una adecuada regulación pertenece a cuarto año, con una diferencia del 12,7% con primer año. Ocurre del mismo modo con excelente regulación, en donde el mayor porcentaje pertenece a cuarto año, con una diferencia de 7,4% con primer año. En el caso de debe mejorar su regulación, la mayor cantidad porcentual de participantes que obtuvo este resultado son de primer año, con una diferencia del 20,1% con los de cuarto año.

Acorde con las medidas de tendencia central, los participantes de cuarto año obtuvieron una media superior en 2,71 puntos en comparación a primer año, aunque ambas son categorizadas como adecuada percepción. El mínimo fue dominado por primer año, con una diferencia de 10 puntos en relación con cuarto año; mientras que el máximo fue dominado por cuarto año, con una diferencia de 1 punto en relación con primer año.

A modo de síntesis, se observa que más de la mitad de la población de ambos grupos, principalmente cuarto año, cuenta con resultados adecuados o excelentes para todas las dimensiones, con excepción de comprensión emocional en primer año cuyo mayor porcentaje se ubica en debe mejorar su comprensión. Puede observarse también, que la población restante debe mejorar sus habilidades emocionales. Además, del grupo de cuarto año, un mayor porcentaje de participantes se ubicó en categorías adecuadas y excelentes para todas las dimensiones, con diferencias mayores al 10% en comparación con primer año, principalmente en comprensión emocional. En cuanto a las medidas de tendencia central, la media de las tres dimensiones fue superior en cuarto año, los mínimos fueron dominados por primer año, y los máximos fueron dominados por cuarto año. De esta forma, la dimensión con mayor diferencia entre ambos grupos fue comprensión emocional, seguida de regulación emocional, y por último percepción emocional. En adición, la dimensión con un mejor resultado tanto para primer como cuarto año fue regulación emocional y aquella con un resultado menos favorable fue comprensión emocional para primer año y percepción emocional para cuarto año.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos, relacionándolos con las teorías y conceptos que fundamentan la investigación, así como con diversos estudios mencionados en el marco empírico. El capítulo inicia con la discusión de los resultados sociodemográficos, para posteriormente continuar con el análisis de resultados del TMMS-24.

5.1. Análisis de resultados sociodemográficos

Para el presente análisis se toman en cuenta datos recopilados de distintas fuentes con el fin de explicar los resultados sociodemográficos y la razón por la cual existen diferencias y similitudes entre los grupos investigados. Posteriormente, en el apartado de “análisis de resultados del TMMS-24”, se indaga si estas variables sociodemográficas podrían influir en la inteligencia emocional.

Una de las variables que mostró mayores diferencias entre ambos grupos fue el sexo, y aunque la composición era distinta entre ellos, queda claro que hubo predominio de las mujeres. Esto cumple con la dinámica que ha tenido la carrera de enfermería en los últimos años, donde la mayor cantidad de estudiantes suelen ser mujeres, lo cual responde a la evidencia que indica que enfermería es un área de población mayormente femenina debido a la construcción histórica de la disciplina ^{15, 88}. Asimismo, la diferencia en la cantidad de hombres en primer y cuarto año podría deberse a que el porcentaje de hombres que ingresan a la carrera va aumentando conforme pasan los años ⁸⁸, también en razón de la cantidad de estudiantes que continúan hasta cuarto año, las características propias de la población de estudio, entre otros factores.

Otra de las características con grandes diferencias en sus resultados fue la edad, siendo menor en primer año y mayor en cuarto año. Esto se explica en la edad esperada de finalización de secundaria en el país que es de 17 a 18 años en estudiantes que no tuvieron que repetir ninguna materia ⁸⁹, y en la edad de ingreso a universidades que es de 18 a 19 años. Dichos rangos esperados también detallan por qué un grupo tiene una mayor cantidad de años de preparación universitaria.

Para el resto de variables, los datos fueron muy similares entre los dos grupos, lo cual se explica gracias a la tendencia que comparten con el resto de la población nacional y universitaria. Haciendo referencia a la información sobre el estado civil, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), los matrimonios registrados en el 2019 para las personas fuera de la

fuerza laboral (que incluye a estudiantes que no trabajan), el grupo de edad con mayor cantidad de matrimonios en hombres fue el de 60-69 años y en mujeres fue de 20-29 años⁹⁰. Lo anterior podría explicar parcialmente la razón por la cual, la mayoría de participantes son solteros. En el caso de la mujer, si bien el grupo con más matrimonios registrados fue el de 20-29 años, hay que tomar en cuenta que en el registro del INEC se contabiliza tanto a las mujeres que estudian como a las que no, y debido a que la incorporación de las mujeres a los niveles más altos de educación suele retrasar la edad de matrimonio⁹¹, este último grupo podría influir en que el rango de edad sea tan bajo.

Las características de la religión de los dos grupos participantes, se apega a la dinámica del país, en donde la religión oficial y predominante es la católica^{92,93}. Por otra parte, la ocupación podría guardar relación con la edad, así como otros factores de gran importancia, entre ellos los socioeconómicos. En Costa Rica, el rango de edad en el que las personas ingresan al ámbito laboral va desde los 15 hasta los 24 años en promedio⁹⁴; lo cual se asocia con la conclusión de los bachilleres universitarios, y en casos en los que se da en edades más tempranas, se encuentra relacionado con la obtención de títulos técnicos, además de otros factores como la necesidad de recursos económicos familiares, deseos personales, entre otros^{95,96}.

5.2. Análisis de resultados del TMMS-24

Posterior a la discusión de las características sociodemográficas de mayor importancia, se analizan los resultados obtenidos de la aplicación del TMMS-24. Para esto, se estudia la relación de las tres dimensiones de la teoría de la inteligencia emocional con la teoría del cuidado transpersonal de Watson, haciendo énfasis en los 10 procesos caritas, y el significado en los resultados obtenidos. Por último, se argumenta la comparación de resultados entre los dos grupos que fueron partícipes de la investigación, y se analizan los factores que podrían explicar sus diferencias.

5.2.1. Percepción emocional

La percepción emocional se define como la “precisión con la que los individuos pueden identificar las emociones y el contenido emocional”³, y se relaciona tanto teórica como estadísticamente con los procesos caritas 2 y 7⁴⁷. La primera asociación se da con la capacidad

para estar de forma auténtica, así como permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel a quien se debe cuidar de forma holística a través de las interrelaciones eficaces enfermera-persona ⁶. Dichas relaciones deben dar énfasis a la importancia del acompañamiento a la persona por parte de enfermería mientras se enfrenta a los misterios de la vida, respetando en todo momento su sistema de creencias como algo sagrado que podría marcar la diferencia en su proceso salud - enfermedad (proceso caritas 2) ⁶⁹.

Esta dimensión de la inteligencia emocional se asocia también con la necesidad de participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros ^{47,71}. Para lo cual es necesario hacer una diferenciación de conceptos entre la curación y el cuidado; ya que el último involucra el aprendizaje e interacción entre el o la profesional de enfermería y la persona, siempre respetando los significados y relaciones intersubjetivas de confianza. Ambas partes requieren autoconocerse, autocuidarse y mantener autocontrol, lo que depende en gran medida de la enfermera, puesto que esta debe ser capaz de identificar los sentimientos y emociones, para que se desarrolle una conexión real con las percepciones, sentimientos y entendimiento de la persona (proceso caritas 7) ^{6,71}.

De esta forma, la percepción emocional juega un papel fundamental en el ejercicio de la enfermería desde la perspectiva del cuidado transpersonal, y se debe a que las principales habilidades de la dimensión en discusión consisten en identificar sentimientos y emociones inicialmente propias y posteriormente ajenas ³, permitiendo evidenciar que previo a poder llevar a cabo ese reconocimiento en las personas es necesario el autoconocimiento. Otra habilidad es la capacidad para expresar de forma adecuada las emociones, así como diferenciar entre las reales y las falsas ¹. Se podría decir que de acuerdo con la asociación de los elementos en discusión de ambas teorías ^{6,3,47,71}, la percepción emocional es una herramienta útil que da lugar a la práctica de enfermería a través de la presencia auténtica, el acompañamiento, respeto por el sistema de creencias individual y la participación de experiencias únicas de enseñanza-aprendizaje.

En la presente investigación, más de la mitad de las y los participantes de cada uno de los grupos perciben las emociones de forma adecuada, lo cual, parece repetirse en poblaciones de distintas investigaciones ^{97,98}. Esto se traduce en que dichos estudiantes cuentan herramientas para proveer el cuidado a las personas a través de la presencia auténtica en la que se respeta la subjetividad de la realidad de cada individuo y la participación real en las experiencias de

aprendizaje que forman parte importante en el cuidado; tal como se indica en el segundo y séptimo procesos caritas. Reconociendo que para llegar a este punto, ha sido necesario contar con un crecimiento emocional que le permite a la persona trascender del yo hacia la experiencia de la otra persona.

Por otro lado, no es posible afirmar que quienes deban mejorar su percepción emocional, porque prestan poca atención, no son capaces de poner en práctica los procesos caritas que guardan relación con esta dimensión, sin embargo, es claro que se les podría dificultar en mayor medida. Se han realizado estudios que indican que aquellas personas que prestan poca atención tienen tendencia a experimentar mayores limitaciones en las actividades cotidianas debido a problemas de tipo emocional, también inconvenientes con el funcionamiento social y salud mental en general⁹⁹. Lo anterior exime a los individuos de generar compromiso emocional con las situaciones complejas que se presentan, y de forma general conduce a estrategias de afrontamiento similares a las empleadas por las personas con alexitimia⁷⁹.

Dicho trastorno se caracteriza por la incapacidad o dificultad para expresar y describir los propios sentimientos y emociones a través del lenguaje. Las emociones tienden a mantenerse a lo interno, por lo que la estrategia más común es la utilización del cuerpo como acción directa a través de la expresión corporal, causando que las personas se encuentren más vulnerables a desarrollar trastornos psicosomáticos, alimenticios, drogodependencias, depresión y otras conductas impulsivas¹⁰⁰. Estos datos son importantes para el estudio de la inteligencia emocional en personas que prestan poca atención a los sentimientos y emociones debido a que, aunque no se presente el trastorno mencionado, las características y métodos de afrontamiento son similares, representando un riesgo para la persona misma, el cuidado que brinda y su ambiente laboral, lo cual se evidencia en los vínculos que establece con los sujetos que cuida y el equipo de trabajo¹⁰¹.

En el otro extremo, quienes prestan demasiada atención (y por tanto deben mejorar su percepción) tienen mayor predisposición a sufrir sintomatología ansiosa y depresiva⁹⁹, debido a que esa atención excesiva a sus emociones, aunado con habilidades de comprensión y regulación insuficientes, genera la tendencia a iniciar ciclos de *rumiación*. Este efecto es la respuesta ante un evento sumamente estresante, en el que la persona intenta procesar la información abrumadora, lo que resulta en la reducción de las discrepancias con el fin de utilizar esquemas cognitivos de experiencias previas⁷⁹. Provocando así los pensamientos recurrentes y la afectación de su bienestar emocional y funcionamiento interpersonal⁹⁹.

La predisposición a padecer ansiedad y/o depresión se relaciona con la frecuencia de las enfermedades mentales a nivel mundial, en el personal de salud y en específico en enfermería ¹⁰. Los ambientes de alta tensión y la exigencia emocional generan la interferencia del estrés, la ansiedad y la depresión en el bienestar del personal de enfermería e incluso en estudiantes de esta disciplina ^{102,103}. Las principales características depresivas son el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución del interés o placer por las actividades diarias, fatiga, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, entre otras ¹⁰⁴. Enfermería es una disciplina en la cual la toma de decisiones y el pensamiento crítico es clave para su desempeño, por lo que la presencia de esta sintomatología dificultará el desempeño laboral. Además, es necesario que el profesional goce de bienestar para que brinde un cuidado de calidad; lo cual se refleja desde el cuidado transpersonal, puesto que resulta imprescindible que la enfermera sea su prioridad en el cuidado para que posteriormente, este acto intencionado trascienda hacia las personas del entorno ⁷¹.

Por otra parte, uno de los hallazgos del presente estudio fue que el porcentaje de mujeres de ambos grupos que cuenta con una adecuada percepción es mayor con respecto a los hombres. En este sentido, la identificación de emociones y contenido emocional en general es vital para los procesos de interacción social humana. A través de distintas investigaciones se ha encontrado evidencia de que a mujeres y hombres se les facilita en mayor o menor medida la identificación de emociones, siendo generalmente las mujeres más hábiles en esta dimensión ¹⁰⁵. Lo anterior se puede estudiar desde perspectivas evolutivas y socioculturales. Antiguamente, la población femenina se dedicaba a labores de crianza de los hijos y lograba establecer un fuerte vínculo emocional, para lo cual era necesario contar con una alta sensibilidad a situaciones emocionales y de esta forma satisfacer las necesidades de sus hijos. También se ha encontrado que los hombres identifican más fácilmente las emociones relacionadas con el miedo, lo que se podría atribuir a la necesidad de supervivencia y generar una respuesta rápida de defensa a su familia; aunque es necesario llevar a cabo más investigaciones al respecto para confirmar dichas hipótesis ¹⁰⁵.

Desde el foco de la perspectiva sociocultural, esta habilidad favorecida para la población femenina se refuerza con los estereotipos sociales, los cuales indican que las mujeres tienden a ser más emocionales y ante cualquier amenaza las respuestas están orientadas a la defensa mediante la identificación de la situación y emociones, principalmente a través de las expresiones faciales. Dicha capacidad de reconocimiento emocional genera que tanto la velocidad como la precisión en

el procesamiento de los estímulos sea cada vez mayor, aunque también se produce una sobreestimación de las experiencias emocionales ¹⁰⁵. El patrón que se ha identificado en los hombres es que se centran mayormente en la respuesta a la amenaza para lograr su defensa, restando importancia a la identificación e interpretación de las emociones y de la situación en general; lo que ha provocado con el pasar del tiempo que socialmente sea más aceptable que la población masculina actúe más impulsivamente que las mujeres ¹⁰⁵.

Es importante recalcar que esta diferenciación en la identificación de emociones se presenta de forma más marcada conforme las personas crecen, ya que durante los primeros años de vida las habilidades son similares en hombres y en mujeres ¹⁰⁶, por lo que se podría sugerir que los patrones de crianza, el entorno sociocultural y los roles de género juegan un papel importante. Esta disimilitud según el género determina en gran medida la comprensión y regulación emocional también, por lo que los mismos se detallan en la discusión de las dimensiones correspondientes.

5.2.2. Comprensión emocional

La tercera dimensión de la inteligencia emocional consiste en la “capacidad para comprender las emociones y utilizar el conocimiento emocional” ³ y se relaciona tanto teórica como estadísticamente con los procesos caritas 3, 9 y 10 ⁴⁷. La primera asociación se da con el cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego ^{47,71}. Durante el desarrollo del auto aceptación es necesario escucharse a nivel interno y conectar con la propia existencia; el reconocimiento de las emociones y sentimientos también forma parte de esa aceptación propia, por lo que la sensibilidad y autenticidad son inherentes al cuidado. Cuando el o la enfermera es capaz de vivir desde su realidad, construye un ambiente de aceptación y les permite a las personas ser; lo cual resulta sumamente importante en razón de que el acto más grande del cuidado humano es el sentir y permitir sentir ⁷¹. Tal como lo menciona Watson, “ser humano es sentir” ⁶⁸, por esta razón la práctica inicial para hacerlo realidad es prestar atención a las emociones, y todo tipo de sentimientos y pensamientos; para reconocerlos y darles un significado (proceso caritas 3) ⁷¹.

De igual forma, la comprensión emocional se relaciona con la capacidad para ayudar a satisfacer las necesidades básicas, con conciencia de cuidado deliberada, administrando cuidados humanos esenciales que potencian el equilibrio de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser

en todos los aspectos del cuidado ^{47,71}. Existe una serie de necesidades humanas, las cuales deben estar satisfechas en las y los profesionales en enfermería, para que más tarde estas personas apoyen a otras en sus procesos de salud y enfermedad ⁶. Dentro de las mismas, además de las fisiológicas, se incluye el trabajo y sensación de contribución, realización personal (autoestima, auto concepto, autoeficacia), afiliación (familia, amor, sensación de pertenencia), significados, expresión propia, relajación, recreación y espiritualidad ⁷¹. Tal como se evidencia, se trata de necesidades superiores que requieren una conexión interna fuerte y autoconocimiento (proceso caritas 9).

La última relación con esta dimensión consiste en reconocer la importancia de abrirse y atender las dimensiones espiritual - misteriosa y existencial de la propia vida - muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado ^{47,71}. La vida en sí misma es un misterio que debe ser vivido y no necesariamente resuelto, es por esto que durante el trayecto pueden haber contradicciones emocionales y de creencias, pero enfermería debe estar siempre presente en su labor de la promoción del cuidado como un acto que trasciende más allá de la curación ⁷¹, lo que se alcanza mediante el apoyo situacional, el reconocimiento de estrategias para la resolución de problemas y tanto autoconocimiento como auto aceptación (proceso caritas 10) ⁶.

De esta forma, la comprensión emocional es un aspecto fundamental para el desarrollo de las prácticas espirituales, la satisfacción de necesidades humanas y apertura a la vida en general, debido a que incluye cuatro habilidades principales, empezando con la capacidad para designar las emociones ⁶⁶, lo cual resulta útil para comprender y respetar la espiritualidad propia y ajena, haciendo posible la escucha a nivel interno y conexión con la propia existencia, y reconociendo la emocionalidad inherente a los seres humanos. Otra de las habilidades consiste en entender la relación emoción-situación y sus significados ⁶⁶, lo que guarda relación con la satisfacción de necesidades básicas del ser humano. Asimismo, la comprensión de emociones complejas y reconocimiento de las transiciones en las cadenas emocionales ⁶², es vital para disfrutar la experiencia del misterio de la vida. Por tanto es posible afirmar, según la asociación de los elementos en discusión de ambas teorías ^{6,3,47,71}, que una o un enfermero con adecuada o excelente comprensión emocional tiene herramientas a nivel personal para ejercer la disciplina desde la perspectiva de los tres procesos caritas descritos.

En la presente investigación, la menor parte del grupo de primer año y la mayoría del grupo de cuarto año presentan adecuada o excelente comprensión emocional, lo cual se repite en poblaciones de otras investigaciones consultadas ^{97,98}. Las personas que comprenden bien sus

estados emocionales y cuentan con herramientas a nivel emocional para el reconocimiento e interpretación emociones y sentimientos propios y ajenos, pueden cultivar las prácticas espirituales, apoyar en la satisfacción de necesidades a través del bienestar en el equilibrio mente - cuerpo - espíritu y se abren a las dimensiones misteriosas y existenciales de la vida; tal como se indica en los procesos caritas. Dichas habilidades les serán útiles en su desarrollo como estudiantes y como profesionales, al asumir los retos que la disciplina implica, permitiendo la mejora constante del cuidado, tomando siempre como centro la existencia humana.

Por otra parte, las implicaciones de no contar con una adecuada comprensión -y regulación- emocional se relacionan con menor ajuste o adaptación psicológica antes las nuevas situaciones o retos, además de mayor susceptibilidad a padecer de ansiedad, depresión y menor funcionamiento social, lo cual consiste en el desempeño en el diario vivir y los procesos de toma decisiones que involucra ⁹⁹. Al tratarse de habilidades emocionales que se pueden desarrollar y mejorar a través de la autoconciencia, autorreflexión y experiencias de la persona, debería tomarse en cuenta durante la formación académica como una estrategia para la promoción del autocuidado y fortalecimiento de conocimiento y habilidades en las prácticas clínicas.

El ajuste psicológico se refiere a la capacidad de adaptación de forma adecuada al entorno, tomando en cuenta aspectos emocionales, cognitivos y sociales. Por el contrario, un ajuste inapropiado al contexto social (a lo que las personas con baja comprensión emocional son susceptibles) aumenta la probabilidad de presentar problemas emocionales como el miedo, preocupación, quejas somáticas (dolor de cabeza, estómago, entre otros) y mayor riesgo de problemas conductuales ¹⁰⁷. Esta característica se evidencia en la adaptación del profesional en enfermería a la persona que requiere el cuidado, respetando su realidad subjetiva y tomándola como el centro de las acciones intencionadas, tal como se menciona dentro de los procesos caritas relacionados con esta dimensión. Una deficiencia en esta habilidad dificultará la conexión que forma parte del cuidado transpersonal y humanizado.

En relación con el género, los resultados de la presente investigación evidenciaron que un menor porcentaje de mujeres con respecto a los hombres de ambos grupos cuenta con adecuada o excelente comprensión emocional. Este resultado es contrario a lo que indica la literatura científica actual, la cual refiere que la socialización diferenciada por sexo y género juega un papel importante en la comprensión emocional. Desde el nacimiento se inicia la crianza que intenta reafirmar la identidad cisgénero, y provoca que los estilos cognitivos, actitudinales y conductuales,

códigos morales y normas estereotípicas sean distintas para niñas y niños ¹⁰⁸. Generalmente a los niños se les priva la expresión o manifestación afectiva, mientras que a las niñas se les motiva a abrazar las emociones relacionadas con la prestación de cuidados y servicio a las demás personas como un recurso para ratificar su feminidad, para que crezcan siendo amables, agradables y atentas.

Asimismo, los estereotipos de género marcan la expresividad de padres y madres con sus hijos e hijas según el sexo, generalmente el ambiente de la familia nuclear está más cargado emocionalmente para las niñas y las madres suelen ser más expresivas reforzando las emociones positivas ¹⁰⁸. Todos estos aspectos generan que las mujeres cuenten con más información emocional, lo que hace que puedan comprender de una forma más atinada las emociones de las personas del entorno. Sin embargo, la socialización diferenciada podría influir más en la expresión que en la experiencia de la emoción como tal, se ha evidenciado que mientras los niños aprenden a ocultar sus sentimientos y emociones (no que no las vivan o sientan), las niñas aprenden a expresarse más libremente a la vez que interpretan a quienes las rodean, generando que en ocasiones puedan comprender más a las personas que a sí mismas ¹⁰⁸.

5.2.3. Regulación emocional

La última dimensión de la inteligencia emocional es la rama más alta y compleja, se define como la “regulación consciente de las emociones para mejorar el crecimiento emocional e intelectual” ³, y se relaciona tanto teórica como estadísticamente con los procesos caritas 1, 6 y 8 ⁴⁷. La primera asociación se da con la práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado ^{47,71}, recalcando la importancia de los valores humanísticos y altruistas que se aprenden en edades tempranas, pero que se pueden mejorar constantemente como parte del compromiso profesional ⁶. Es necesario que el o la profesional en enfermería esté preparado para poder brindar esa atención sin dejar de percibirse como una prioridad, ya que la única forma de conectar y cuidar a alguien más es estando bien con sí mismo. Por lo anterior, la figura enfermera es un modelo a seguir para las personas puesto que crean ambientes que propician la sanación y el cuidado auto gestionado por el mismo individuo (proceso caritas 1) ⁷¹.

Esta dimensión se relaciona también con el uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de sanación-cuidado ⁷¹. Watson indica que la enfermería hace uso de la lógica, la imaginación y la creatividad para conectar con las personas e identificar en conjunto sus necesidades humanas, lo que implica el desarrollo de la enfermera a nivel intuitivo, estético, ético, empírico, personal e incluso espiritual, para brindar el cuidado desde el amor y el conocimiento científico de la disciplina, es decir, desde el proceso de enfermería. En la misma línea, ciencia y los valores humanos deben ir de la mano, haciendo que el cuidado sea humanizado, por lo que se requiere el uso formal de la resolución creativa de conflictos y el uso sistemático del conocimiento cognitivo y lógico-racional (proceso caritas 6) ⁷¹.

Por último, la regulación emocional se asocia también con la capacidad para crear un entorno de sanación en todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, en donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien) ⁴⁷, ⁷¹. Los y las enfermeras deben reconocer la influencia de los entornos internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. Algunos de los aspectos más importantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, las creencias socioculturales de la persona, la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios ⁶. Para la presente investigación, los puntos más relevantes son la seguridad, protección y privacidad, debido a que las situaciones ambientales influyen tanto en la persona como en la enfermera, e incluso las sensaciones de inseguridad con origen en experiencias previas, por lo que el contacto visual apropiado y llamar a la persona por su nombre puede aliviar la tensión; convirtiendo la situación en un momento de cuidado. Además, la privacidad es un factor prioritario de los procesos caritas, ya que en las relaciones de poder, y especialmente, en situaciones de asistencia en salud, la despersonalización, preguntas intimidantes, procedimientos, tratamientos y hospitalización afectan el estado emocional de la persona (proceso caritas 8) ⁷¹.

La regulación emocional, como una de las dimensiones más complejas dentro de la inteligencia emocional, involucra habilidades como tener apertura a todo tipo de emociones, reflexionar sobre las mismas, vigilar reflexivamente nuestras emociones y las de otros para regularlas ³. Lo que resulta ser parte de las herramientas necesarias para trabajar desde el cuidado transpersonal, ejemplo de ello es el hacer uso adecuado del conocimiento científico y trascender al acto del cuidado manteniendo apertura a las emociones y conociendo el impacto de estas en la

salud de las personas, así como la reflexión sobre las emociones y sentimientos es útil para trabajar en el desarrollo de valores altruistas y asumir posiciones éticas. Además, la capacidad para regular las emociones en las personas se evidencia, dentro de muchos otros aspectos, en la capacidad para modificar una sensación a partir de la modificación del entorno inmediato. A partir de estos detalles y tomando como base la descripción conceptual de los elementos de ambas teorías ⁴⁷, se podría decir que una o un enfermero con adecuada o excelente regulación emocional cuenta con aspectos personales e interpersonales que le facilitan la puesta en práctica de la disciplina desde la perspectiva de estos tres procesos caritas.

En la presente investigación, la mayor parte de ambos grupos cuentan con adecuada o excelente comprensión, lo cual, parece repetirse en poblaciones de distintas investigaciones ^{97, 98}. Esto se traduce en estudiantes y futuros profesionales con habilidades para la práctica de la amabilidad amorosa y la criticidad en el desarrollo de valores altruistas, la utilización creativa del conocimiento y la creación de adaptación de los entornos para que propicien los procesos de cuidado en las personas ⁷¹. El tener control de la regulación emocional propicia una mejor salud mental, niveles más altos de vitalidad y una percepción más positiva de la salud general; además de menor susceptibilidad a sufrir de ansiedad, depresión, desempeño social insuficiente, entre otras, las cuales fueron mencionadas en las descripciones de las dimensiones previas ⁹⁹.

Otro punto importante, es que de esta dimensión nace la automotivación, ya que la regulación adecuada de las emociones puede ayudar a determinar prioridades ⁶⁶. Dicho término es el componente de fuerza que impulsa a los individuos a alcanzar un objetivo y es necesario tanto para el ámbito académico y profesional, así como para el bienestar personal ¹⁰⁹. En el ámbito educativo, la motivación, y aún más la automotivación, juega un papel fundamental debido a que da paso a una mayor recepción de la información proveniente del entorno para convertirla en experiencias valiosas del proceso de introyección; lo que también incide en el rendimiento académico y la autoestima ¹¹⁰. Esto permite que el aprendizaje sea significativo para el o la estudiante, pero también lo sea para las personas de su entorno ¹¹⁰. A nivel laboral, la motivación se encuentra estrechamente relacionada con la satisfacción, y esta con la calidad en el desempeño laboral, traduciéndose en personas que proveen un cuidado de calidad que mejora su bienestar; además propician un clima laboral tranquilo y amigable ¹¹¹.

Asimismo, el o la profesional de enfermería tiene como objeto primordial la gestión del cuidado, y por tanto la exposición prolongada a situaciones de estrés puede generar afectaciones a

nivel físico y mental, impactando negativamente la integridad del talento humano; precisamente por esta razón la salud mental es vital en esta disciplina ¹¹² y la regulación emocional como parte de la inteligencia emocional es una herramienta para trabajarla y mantenerla. Una inadecuada regulación emocional induce a una mayor susceptibilidad a experimentar ansiedad y entrar en cuadros de depresión, así como menor adaptación psicológica y funcionamiento social ⁹⁹.

Varios autores indican que esta dimensión es la más compleja de alcanzar. Desde el punto de vista psicoevolutivo, se debe a que la mente se desarrolló para asegurar la supervivencia, es decir, el procesamiento mental ha sido moldeado por problemas que enfrentaron nuestros antepasados, llevando a cabo tareas cognitivas para detectar amenazas y reaccionar rápidamente ¹¹³. Las respuestas agresivas y/o imprudentes son más antiguas y las estructuras subcorticales estarían a cargo del procesamiento de las mismas, lo que quiere decir que son reacciones más automatizadas; mientras que en los procesos elaborativos o más complejos desde el punto de vista de la racionalidad, se llevan a cabo en estructuras más modernas que involucran principalmente la neocorteza ¹¹³. Dichas afirmaciones explicarían la razón por la cual algunos procesos cognitivos de la regulación emocional, que resultan desadaptativos o inapropiados según el contexto, se activan de forma involuntaria y resulta difícil modificarlos en el tiempo.

Para mejorar la regulación emocional es fundamental trabajar sobre los procesos elaborativos desde la racionalidad y conciencia, mientras que se entrena para disminuir la respuesta automática de las estructuras subcorticales, debido a que generalmente ambos procesos se desarrollan de manera paralela, en razón de que están asentados sobre estructuras cerebrales diferentes. Claramente los procesos más antiguos tendrán prioridad en las situaciones más emocionales relacionadas con el miedo y la supervivencia, mientras que los procesos evolutivamente recientes podrán desplegarse más fácilmente en situaciones de ansiedad moderada ¹¹³, sin embargo, con un trabajo constante es posible modificar el patrón de respuestas habituales.

Por otra parte y en referencia al género, los datos de la presente investigación reflejaron que los porcentajes de estudiantes de ambos grupos con adecuada y excelente regulación emocional son similares, siendo un poco mayor el de hombres. Lo anterior contradice a gran parte de la literatura científica, puesto que desde el punto de vista evolutivo y sociocultural se explican las mejores habilidades emocionales de las mujeres debido a factores socioculturales y en parte a la acción combinada de hormonas sexuales y características de cada sexo que influyen sobre la

arquitectura cerebral ¹⁰⁵. Se han asociado los bajos niveles de estrógenos y progesterona con identificación de emociones negativas, justificando las reacciones hacia este tipo de emociones.

De igual forma, algunos estudios refieren que tanto la oxitocina como la vasopresina modulan el comportamiento social complejo y la cognición social ¹¹⁴, la primera hormona se opone a la respuesta de lucha o huida y es inhibida por la testosterona. En la población masculina, dicha respuesta se caracteriza por la liberación de vasopresina, y esta a su vez incrementa su efecto en altas concentraciones de testosterona e influye en el comportamiento de defensa en animales machos ¹⁰⁵; lo que explicaría nuevamente una típica menor regulación emocional en hombres desde el punto de vista fisiológico.

En las mujeres, los niveles de liberación de oxitocina son mayores y sus efectos se incrementan en presencia de estrógenos ¹⁰⁵; lo que se asocia con la inhibición de la respuesta de lucha y huida y una mejor regulación por parte de la población femenina. En esta investigación, los resultados fueron similares entre hombres y mujeres, por lo que es necesario considerar otras variables, tales como los diferentes estilos de crianza, la personalidad y tomar en cuenta que actualmente las personas tienden a ser más conscientes de los distintos roles de género y también a profundizar más en su ser para modificar algunas conductas automáticas.

5.2.4. Comparación de resultados por dimensión de inteligencia emocional según año de carrera

En comparación con primer año, los y las participantes de cuarto año obtuvieron mejores resultados para todas las dimensiones de la inteligencia emocional, principalmente para comprensión y regulación emocional, lo cual se repite en otros estudios similares ¹¹⁵; aunque debido a la inexistencia de hipótesis, no es posible determinar una significancia estadística para las tres dimensiones. Este resultado refleja que, en comparación con primer año, una mayor cantidad porcentual de participantes de cuarto año será capaz, en mayor medida, de poner en práctica las acciones de cuidado establecidas por los postulados de los procesos caritas correlacionados a cada una de las dimensiones, principalmente aquellos relacionados con la comprensión y regulación emocional.

Un aspecto por considerar es el orden de complejidad que existe conforme se avanza en las ramas de habilidades emocionales. Generalmente, las personas desde la niñez dan inicio con la identificación de emociones (percepción) al ser un área relativamente discreta o básica del

procesamiento de información que se espera que esté integrada dentro del sistema de emociones, para más tarde poder comprenderlas e interpretarlas, y por último regularlas, al ser habilidades que requieren más entrenamiento emocional ⁶⁵. Tomando en cuenta que existen diversos factores que favorecen el desarrollo emocional en los y las participantes de cuarto año, se podría explicar la similitud en los resultados de ambos grupos en percepción emocional y las diferencias encontradas en comprensión y regulación, las cuales son dimensiones más complejas e implican un mayor trabajo para mejorarlas.

Es claro que existen diferencias entre los distintos grupos, por lo que es importante reflexionar sobre aquellos factores que podrían influir en los resultados. Dentro de los aspectos que podrían estar implicados, se encuentran las características sociodemográficas, principalmente el sexo, la edad y los años de preparación universitaria, al ser las que más variaron en ambos grupos. El resto de variables, con excepción de la religión (debido al componente espiritual y su vinculación con el cuidado transpersonal), no se toman en cuenta ya que sus resultados fueron muy similares en los dos grupos.

Anteriormente, se detalló en cada dimensión los aspectos que influyen en la inteligencia emocional según el sexo y género, tomando en cuenta la perspectiva evolutiva, fisiológica y sociocultural. Ahora bien, estudiando la inteligencia emocional como una gran variable, el sexo influye en los niveles de inteligencia emocional de las y los profesionales enfermeros, siendo las mujeres las que mejor valoran, expresan, regulan y utilizan las emociones ¹¹⁶ y en el caso de otras poblaciones, se han encontrado resultados congruentes con esta afirmación ^{117, 118, 119, 120}, sin embargo, en el presente estudio no ocurre de la misma forma.

La tendencia de las habilidades emocionales mayormente desarrolladas en mujeres podría deberse a que generalmente la población femenina tiene una mayor capacidad para reconocer, articular, expresar e interpretar emociones ¹¹⁹, lo que pone en evidencia sus habilidades para liderar grupos sociales en distintas organizaciones ¹¹⁸. Dichas características y habilidades emocionales se explican a través del efecto actualmente denominado *glass ceiling* o *de techo de cristal*, estudiado en las experiencias de los inicios de la revolución industria, el cual hace referencia a la histórica discriminación social que sufren las mujeres cuando ingresan a los ambientes laborales ¹²¹, lo que impide y/o dificulta que estas asciendan en las jerarquías de gestión ¹¹⁸. Esta barrera ha provocado el surgimiento de luchas sociales para el reconocimiento de los derechos de las mujeres, mientras que a nivel individual cada una de ellas debe idear estrategias para afrontarlas y avanzar

en los distintos escenarios laborales ¹²¹; ocasionando que esta población cuente con mejor inteligencia emocional en razón de los obstáculos sociales ¹¹⁸. Actualmente en el área de la salud y en especial la disciplina de enfermería, el porcentaje de mujeres es bastante importante, resultando en la feminización del área, generando que en diversos estudios la inteligencia emocional del personal sea elevada en comparación con la del personal de otras áreas ¹¹⁹. Es importante recalcar que el porcentaje de hombres y mujeres fue muy distinto, y esta podría ser una de las razones por las cuales no se siguió con la tendencia descrita en investigaciones anteriores, sin embargo, es preciso realizar otros estudios y profundizar en el tema para confirmarlo con certeza.

Con respecto a la edad, varios de los estudios analizados indican que una mayor edad se asocia positivamente con el desarrollo de las habilidades de la inteligencia emocional, sin embargo, se aclara que la edad por sí misma no es un indicador clave, ya que conforme las personas crecen se ven inmersas en distintos ambientes e interaccionan con otros individuos; lo que favorece el desarrollo de estas habilidades ¹¹⁷. Se ha evidenciado además, una relación entre la interacción con otras personas y la percepción de las propias habilidades emocionales, de forma tal que aquel personal con puestos en los que es necesario trabajar directamente con las y los usuarios y compañeros de trabajo, han obtenidos mejores puntajes en los tests de inteligencia emocional ¹¹⁸. Esto confirma que si bien es cierto la edad es un factor por considerar en el desarrollo de la inteligencia emocional, puesto que implica mayor contacto interpersonal y asumir retos, es fundamental trabajar continuamente en dichas habilidades para mejorarlas de forma constante ¹¹⁸.

Otro de los factores a considerar es la preparación universitaria. Existe una relación importante entre el alto nivel académico y los años de experiencia con el desarrollo de las habilidades de las distintas dimensiones de la inteligencia emocional ¹²². Esto además, se ve reforzado por el hecho de que la preparación brindada por la carrera de enfermería, a través de distintos cursos y prácticas clínicas, tiene un fuerte enfoque en la salud mental, la socialización y el cuidado humanizado, por lo que se espera que los y las estudiantes adquieran importantes habilidades sociales, psicológicas y académicas. Dichos datos podrían ayudar a explicar por qué los y las participantes de cuarto año, las cuales tienen en promedio 3 años más que el grupo de primer año, obtuvieron un mejor resultado. Es claro que, basándose en esta variable, era esperable que el grupo de cuarto año obtuviera un mejor resultado, y que con el paso de los años, los y las estudiantes de niveles inferiores mejoren sus habilidades emocionales.

En referencia a la religión, es importante mencionar que esta va a contener un fuerte componente de construcción de la espiritualidad (aunque esta última no necesariamente implica practicar una religión), la cual forma parte de la conexión profunda con el ser, y resulta vital para brindar un cuidado transpersonal. En este sentido, la evidencia indica que “la participación y adherencia a creencias y prácticas de una religión, independientemente de la motivación, son eficaces para aumentar la percepción, comprensión y regulación de los estados emocionales y por ende de la inteligencia emocional” ¹²³.

Existen otros factores que podrían influir en la inteligencia emocional según la evidencia científica y aunque no fueron abordados directamente en la investigación, se detallan a continuación. Uno de estos aspectos se relaciona con el entorno familiar de los y las participantes. El nivel de inteligencia emocional se asocia estadísticamente de manera significativa con factores familiares como el clima psicológico en la familia, la fuerza de las relaciones del sujeto con su madre/padre, la percepción subjetiva del estado económico familiar, entre otros ¹²⁴. Por otra parte, se ha evidenciado la relación de “débil a modesta” entre las medidas de las características de la inteligencia emocional y el nivel de ingresos ¹¹⁹. Lo anterior lo atribuyeron al bienestar personal, familiar y laboral que generan los altos ingresos económicos ¹¹⁹. En otra investigación realizada, encontraron que la inteligencia emocional de una persona se puede ver afectada por múltiples factores como la comunicación, situación marital, experiencias emocionales, expresividad, cultura, relaciones con familia política, apoyo a miembros de la familia, capacidad de relacionamiento, de conciliación, iniciativa, planeación de propiedad y formación, confianza, empoderamiento y educación ¹²⁵.

A pesar de que todos estos factores podrían ayudar a explicar los resultados, para comprobar específicamente aquellos que estuvieron realmente involucrados en la población de estudio, tanto de forma positiva como negativa, es necesario llevar a cabo otras investigaciones en las que se utilicen otros instrumentos de recolección de datos y se implementen herramientas de estadística inferencial. Asimismo, es importante recalcar que aunque existan factores que influyen en esta gran variable, es posible trabajar para aprender y/o mejorar dichas habilidades independientemente del género, edad, estatus social o formación académica, entre otros ¹²². El desarrollo de la inteligencia emocional requiere, en primer lugar, la conciencia de que se puede adquirir y mejorar, así como la ambición de hacerlo. La literatura indica que los y las enfermeras

que recibieron capacitación previa en superación personal tuvieron puntuaciones medias de inteligencia emocional total más altas que aquellas que no tenían capacitación previa ¹²².

Trabajar en el desarrollo de las habilidades emocionales en los grupos estudiados es esencial tomando en cuenta que cerca de la mitad de participantes debe mejorarlas, principalmente en primer año, cuyos valores mínimos se alejaban del intervalo idóneo. De forma específica, para cuarto año la dimensión con un puntaje menor fue la percepción emocional, mientras que para primer año fue la comprensión emocional, siendo estas las que mayor atención hay que prestar y a las que, desde la formación profesional, mayor intervención se debe de brindar si se desea formar enfermeros y enfermeras emocionalmente preparadas. Es importante recalcar que, como los procesos caritas 2 y 7 están relacionados con la percepción emocional, y los procesos 3, 9 y 10 con la comprensión emocional, un manejo adecuado de estas dimensiones brindará una herramienta útil para facilitar una práctica de enfermería basada en estos procesos, favoreciendo a su vez, un verdadero cuidado transpersonal por parte de los y las profesionales.

En un punto aparte, se han encontrado múltiples beneficios o implicaciones de contar con la gran gama de habilidades de la inteligencia emocional en la disciplina de enfermería. De forma general, dichas habilidades impactan en el bienestar personal, profesional y en el cuidado como tal. Los resultados de un estudio realizado evidenciaron que aquellas enfermeras con un mayor nivel inteligencia emocional eran más felices, más optimistas y tenían una mejor autoestima, debido a que se conocían mejor y gestionaban adecuadamente sus emociones, lo que las hacía menos propensas a sufrir de cansancio emocional ¹¹⁷.

A nivel profesional la inteligencia emocional se asocia con un mejor entorno laboral, puesto que al haber un adecuado manejo de las emociones, hay menos estrés y ansiedad, por tanto es más probable que las personas se sientan a gusto en su lugar de trabajo y creen un sentido de pertenencia ¹¹⁷. Por esta razón, las relaciones interpersonales de personas inteligentes emocionalmente tienden a ser asertivas y saludables, lo que genera satisfacción laboral y mayor disposición y habilidades para trabajar en equipo ¹¹⁷, siendo regulación emocional la dimensión que mejora explica estas variables ¹²⁶. De igual forma, la inteligencia emocional les permite a las y los enfermeros contar con más confianza y habilidad para resolver situaciones complejas, lo que contribuye en su bienestar emocional a largo plazo ¹¹⁷.

También se ha demostrado que aquellas enfermeras y enfermeros con habilidades mejoradas de este tipo de inteligencia son emocionalmente conscientes, se perciben como personas

más calificadas, son capaces de pensar positivamente sobre las actividades de su diario vivir, pueden expresar cómodamente sus emociones y son independientes, fuertes y seguras de sí mismas en cuanto a opiniones y creencias ¹²². En esta misma línea, la inteligencia emocional favorece las habilidades de liderazgo y el establecimiento de relaciones interpersonales, las cuales deben ser auténticas, positivas y terapéuticas ⁸.

De igual forma, contribuye con la autonomía profesional, ya que es necesario contar con un clima emocional, personal e interpersonal adecuado, en el cual se haga uso de estrategias de comunicación para comprender y regular tanto las experiencias como los sentimientos de las personas y sus familias, sin dejar de lado sus propias reacciones emocionales; lo que se relaciona con una alta capacidad para la toma de decisiones ⁸. Lo anterior se asocia también con el aprendizaje vicario a partir del modelaje, el cual facilita la adopción de conductas emocionales positivas ¹¹⁸.

Dicho aprendizaje es posible en gran medida porque la inteligencia emocional aporta, durante la formación, la empatía necesaria para la disciplina, al proveer al personal mayor comprensión de sí mismo y de las personas (ya sean usuarias o compañeras o compañeros de trabajo) y, de esta forma, actuar adecuadamente según la situación ¹². La percepción, comprensión y regulación de las emociones permiten que las relaciones enfermera-persona se desarrollen de una mejor forma, contemplando pasar por la fase inicial de empatía, continuar por la simpatía y avanzar rápidamente hacia el rapport, y evitar el agotamiento emocional del profesional ¹². De esta forma, el o la profesional será capaz de interpretar los significados para la persona que recibe su cuidado ¹⁴, lo cual también responde a varios de los procesos caritas que Watson detalla en el cuidado transpersonal ⁷¹.

Todas las implicaciones conducen a brindar un cuidado de calidad, que permite tener claridad sobre la identidad y la consolidación de la misma en quienes ejercen la profesión. Este proceso se lleva a cabo a partir de la legitimación de la narrativa sobre lo que es la disciplina según el grupo de pertenencia y se valida cuando la o el enfermero se percibe así misma como la persona que cuida profesionalmente en cualquier entorno y cómo esto es reconocido por el equipo de salud y las personas que reciben su cuidado ¹⁵. Dicha consolidación de la identidad requiere comprender el ser, saber y quehacer de enfermería desde la conexión con los seres humanos e interpretación de sus emociones, sentimientos y los significados de las mismas ¹¹.

Como es evidente, la inteligencia emocional es una herramienta fundamental para el bienestar humano desde su integralidad, así como en las prácticas de cuidado profesional. Es necesario reconocerla como un área que se puede mejorar desde la consciencia personal pero también como parte del entrenamiento académico y profesional, para asumirla como parte de la formación de la disciplina enfermera, para brindar de esta forma un cuidado de calidad desde los postulados de los 10 procesos caritas.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

A partir de los datos obtenidos y al análisis realizado, se obtuvieron las siguientes conclusiones en respuesta a los objetivos específicos:

- En la primera dimensión emocional, aproximadamente la mitad de participantes de ambos grupos cuentan con una adecuada percepción emocional, lo que les brindaría herramientas para poner en práctica más ágilmente el respeto al sistema de creencias, así como para proveer compañía y participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje en los procesos de cuidado humano.
- En la segunda dimensión emocional, menos de la mitad de estudiantes de primer año y la mayor parte de estudiantes de cuarto año cuentan con una adecuada o excelente comprensión emocional, lo que les facilitaría el ejercicio de enfermería a través del cultivo de las propias prácticas espirituales, el apoyo en las necesidades básicas con cuidados humanos esenciales, así como el cuidado del alma de uno mismo y de los demás.
- En la tercera dimensión emocional, la mayor parte de estudiantes de ambos grupos cuentan con una adecuada o excelente regulación emocional, lo que les facilitaría el ejercicio de enfermería a través de la práctica de la amabilidad amorosa, el uso creativo de todas las vías de conocimiento, así como crear un entorno de cuidado en todos los niveles.
- En ambos grupos, gran parte de los y las participantes cuentan con habilidades emocionales adecuadas o excelentes, sin embargo dichas categorías están representadas principalmente por estudiantes de cuarto año. Además, las dimensiones con mayores diferencias entre primer y cuarto año fueron comprensión y regulación emocional.

Otras conclusiones derivadas del análisis realizado, son las siguientes:

- El desarrollo de las habilidades emocionales está relacionado con el nivel de complejidad de las mismas, siendo regulación y comprensión emocional las que requieren mayor entrenamiento. Lo anterior explica la similitud en los resultados de ambos grupos en percepción emocional y las diferencias encontradas en comprensión y regulación, en las cuales se presentaron resultados más favorecedores para cuarto año.

- Existen factores que podrían influir en la inteligencia emocional y el mejoramiento de todas sus dimensiones, incluso las más complejas. Dentro de estas se pueden mencionar las variables sociodemográficas como el género/sexo, la edad y los años de preparación universitaria, entre otros; por lo que es esperable que conforme los estudiantes vayan avanzando en la carrera de enfermería, desarrollen su inteligencia emocional. Otras variables involucradas son el entorno familiar (incluye los tipos de relaciones existentes y el apoyo entre los miembros), estatus socioeconómico, capacidad de comunicación y relacionamiento, situación marital, experiencias emocionales, expresividad, capacidad de conciliación, iniciativa, confianza y empoderamiento.
- Es posible entrenar las habilidades de la inteligencia emocional para mejorarlas, sin importar el género/sexo, edad, condición socioeconómica, entre otros factores. Para lo cual es fundamental reconocerlo como una necesidad y crear conciencia sobre el tema en sí mismo, asumiéndolo como parte de los compromisos profesionales del cuidado.
- Es necesario trabajar en el desarrollo de las habilidades emocionales, principalmente aquellas relacionadas a la comprensión para primer año y percepción para cuarto año. En el caso de primer año, el entrenamiento emocional a nivel académico podría ser una herramienta a la que se puede recurrir. Para los y las participantes de cuarto año, al tratarse de personas que pronto van a egresar del plan de estudios, es crucial identificar estrategias que permitan el fortalecimiento de dichas habilidades emocionales.
- La inteligencia emocional impacta de forma positiva la vida de las personas a nivel personal, interpersonal, académico y profesional, puesto que permite generar diferentes estrategias de afrontamiento que conducen al bienestar. Esto facilita la práctica de enfermería desde los postulados de Jean Watson en sus 10 procesos caritas, ya que no solo se proyecta este bienestar hacia las personas que reciben el cuidado directo, sino que por sus distintas implicaciones, todos los individuos a su alrededor se benefician. De forma complementaria, la inteligencia emocional favorece el establecimiento de relaciones interpersonales de calidad que permiten una interacción real con las personas y que llevan de forma consecuente a un verdadero cuidado humanizado, consolidan la identidad profesional y el pensamiento crítico, y permite desarrollar un mayor nivel de empatía.

6.2. Limitaciones

Algunas de las limitaciones encontradas en la elaboración de la investigación se mencionan a continuación:

- Aunque en un principio se pensó trabajar con toda la población de estudiantes primer y cuarto año, sin embargo, sólo se obtuvo un 56,1% de respuestas, lo que pudo limitar la representatividad de las poblaciones al tratarse de un censo.
- El TMMS-24 cuenta con validación en varios países, entre ellos Chile, sin embargo, su uso en Costa Rica podría estar limitado debido a las diferencias existentes con la población chilena.
- Las investigaciones que involucran las dos teorías específicas utilizadas en el presente estudio son escasas. A nivel nacional existen estudios que toman en cuenta la teoría de la inteligencia emocional y el cuidado transpersonal, sin embargo, estos no son recientes, no involucran a la población de interés y no combinan estas teorías en ningún momento, razón por lo cual se tuvo que recurrir principalmente a investigaciones internacionales.

6.3. Recomendaciones

Dentro de las recomendaciones específicas relacionadas con la investigación, se encuentran:

- Buscar nuevas formas de motivar a la población de estudio para que participe en futuras investigaciones, logrando así alcanzar o acercarse al número planeado inicialmente.
- Incentivar la realización de estudios longitudinales, en los cuales se mida la inteligencia emocional cuando los y las estudiantes recién ingresan a la carrera de enfermería y cuando están por egresar; con el fin de verificar si realmente existen cambios significativos.
- Tomar como punto de partida los datos de la presente investigación para idear estrategias que promuevan el desarrollo de habilidades, principalmente en estudiantes de primer año.
- Diseñar intervenciones que mejoren las dimensiones de la inteligencia emocional con los resultados menos adecuados, así como los procesos caritas correlacionados a estas. De esta forma, en primer año es necesario plantear estrategias que involucren el cultivo de las propias prácticas espirituales, el apoyo en las necesidades básicas con cuidados humanos esenciales, así como el cuidado del alma de uno mismo y de los demás (relacionados con comprensión emocional). En el caso de cuarto año, es necesario plantear estrategias que involucren el respeto al sistema de creencias, la compañía y participación en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje en los procesos de cuidado humano (relacionados con percepción emocional).
- Implementar investigaciones similares con población docente, con el fin de analizar sus habilidades emocionales y relacionarlas con los procesos de enseñanza-aprendizaje.

De forma complementaria y como recomendación final, es necesario incentivar a nivel nacional, tanto en estudiantes universitarios como en enfermeras y enfermeros graduados, la realización de los siguientes estudios:

- Investigaciones para la validación del TMMS-24 y considerar la validación y utilización de instrumentos para valorar los constructos del cuidado transpersonal a nivel nacional. Además, diversificar el uso de instrumentos para la valoración de la inteligencia emocional en las poblaciones.
- El estudio de la inteligencia emocional y su influencia en enfermería, tanto en los conocimientos propios de la disciplina así como en la práctica profesional. De esta forma,

estudios en los que se lleven a cabo correlaciones estadísticas entre las dimensiones de la inteligencia emocional y los procesos caritas, así como con otros elementos teóricos de enfermería, serían de un gran valor.

- Investigaciones interdisciplinarias para un análisis más profundo de la inteligencia emocional tanto en la disciplina de enfermería como en la psicología, haciendo uso de instrumentos como el MSCEIT y otros.
- El estudio de los factores incidentes en la inteligencia emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salovey P, Mayer J. Emotional Intelligence. *Imagin Cogn Pers* [Internet]. 1989 [cited 2019 Nov 27]; 9(3):185–211. Available from: <http://ei.yale.edu/journal/imagination-cognition-and-personality/>
2. Jiménez A. Definiciones en inteligencia emocional. *Actual en Pediatría* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 27]; 3(1):457–69. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/457-469_inteligencia_emocional.pdf
3. Salovey P, Sluyter D. Emotional Development and Emotional Intelligence, Educational Implications. 1st ed. New York: BasicBooks; 1997. Chapter 1, What is Emotional Intelligence?; p. 3–35. Available from: http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2014/02/pub219_Mayer_Salovey_1997.pdf
4. Domínguez J. La inteligencia emocional en alumnos de 4to de enfermería de la USAL [Thesis] [Internet] [Salamanca]: Universidad de Salamanca; 2017. 29 p. Available from: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137587/TFG_DominguezValleros_InteligenciaemocionalAlumnosenfermería.pdf%3Bjsessionid=594CBE27373E0F1285ED71B4C6DF60FE?sequence=1
5. Izquierdo E. enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev Cuba Enfermer* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 31(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es
6. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 8th ed. Madrid: Elsevier Inc; 2015. 746 p.
7. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enferm univ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 27]; 14(3):191–8. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191&lng=es.
8. López C. Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educ Médica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 16(1):83–92. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000030>
9. Valderrama M. Experiencias exitosas de liderazgo en enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 5(2):765–73. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000200008&lng=en.

10. Cárcamo C, Rivas E. Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería según su función en los sectores público o privado en Temuco, Chile, 2015. *Aquichan* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 27]; 17(1):70–83. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000100073&lng=en.
11. Ramírez N. Significado social del concepto de cuidado en tres países de Latinoamérica [Thesis] [Internet] [Concepción]: Universidad de Concepción; 2014. 276 p. Available from: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1703/Tesis_Significado_Social_del_Concepto_cuidado.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm univ* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 12(3):134–143. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300134&lng=es.
13. Madera M, Tirado L, González F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 27]; 26(5):282–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862116300626>
14. Elers Y, Gilbert M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cuba Enfermer* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 27]; 32(4):126–36. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
15. Núñez E, Urra E, Pavez A. Identidad e institucionalidad de las enfermeras chilenas en la mitad del Siglo XX. *Cienc enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 27]; 22(1):135–45. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100012&lng=es
16. Aguayo M, Castelló M, Monereo C. La identidad del académico de enfermería: entre la docencia y la investigación. *Florianópolis* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 23(2):241–249. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200241&lng=en&tlng=en

17. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. 1999th ed. Jones and Bartlett. Sudbury, Mass: Learning; 1988. 111 p.
18. Ramírez M, Cárdenas M, Rodríguez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm univ* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 12(3):144–51. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300144&lng=es.
19. Luengo C, Sanhueza O. Formación del licenciado en enfermería en América Latina. *Aquichan* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 27]; 16(2):240–55. Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4756/4277>
20. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *Visión y Misión* [Internet]. Costa Rica. 2018 [cited 2019 Nov 28]. Available from: <https://www.enfermeria.cr/index.php/colegio/mision-y-vision>
21. Sistema de Información Jurídica Costarricense. *Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica* [Internet]. Costa Rica. 2011 [cited 2019 Nov 28]. Available from: http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=73297&strTipM=FN
22. Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica: *Propósitos y valores* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 28]. Available from: http://enfermeria.ucr.ac.cr/?page_id=920
23. Páez M, Castaño J. inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 32(2):268–85. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/5798/6984>
24. Reyes C, Carrasco I. Inteligencia emocional en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, 2013. *Apunt cienc soc* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 04(01):87–100. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5124755>
25. Espinoza M, Sanhueza O, Ramírez N, Sáez K. A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 23(1):139–47. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100139&lng=en)

[11692015000100139&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535](http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535)

26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6 ta. Perú: McGrawHill Education; 2014. 597 p.
27. Andrade X, Navarro O, Yock I. Construcción y validación de una prueba para medir inteligencia emocional [Thesis] [Internet] [San José]: Universidad de Costa Rica; 1999. 259 p. Available from: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/527/1/18720.pdf>
28. Alvarado M. Inteligencia emocional y resiliencia: Recursos efectivos para los estudiantes universitarios con discapacidad visual. [Theses] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2000.
29. Calvo N, Robles N. Inteligencia emocional: estudio sobre el conocimiento y las actitudes de maestros de escuelas públicas hacia su intervención para el aprendizaje emocional en el aula. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2000. 125 p.
30. Montenegro L, Ramírez L, Ramírez G. Modelo de Aplicación de la inteligencia emocional: una Opción para Mejorar la Calidad de Vida de los Ciudadanos de Oro de la Sucursal Urbana de Desamparados. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2001. 187 p.
31. Castro E. Modelo socioeducativo para el desarrollo de la inteligencia emocional con adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2002. 342 p.
32. Zeledón M, Contreras G. Relación entre Aptitudes Personales y Sociales propias de la inteligencia emocional y el Rendimiento Académico en Niños y Niñas de 11 años de edad. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2003. 156 p.
33. Alpízar N, Villagra A. inteligencia emocional y Resiliencia: un reto para la Intervención del Trabajo Social en la Región Central de Occidente, con padres y madres de niñas y niños abusadas(os) sexualmente. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2003. 279 p.
34. Vargas K. La inteligencia emocional: una propuesta teórica metodológica para el campo escolar desde el trabajo social. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2004. 176 p.

35. Jiménez D. La inteligencia emocional: un recurso efectivo en la presentación de servicios de calidad en las bibliotecas universitarias. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2004. 289 p.
36. Calderón S. La inteligencia emocional en niños y niñas preescolares: guía de estrategias educativas dirigida a los padres de familia o encargados. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2008. 273 p.
37. Bérenzon M. Acciones didácticas para el abordaje de factores relacionados con la inteligencia emocional y habilidades sociales cognitivas y personales, desde la promoción de la salud y educación para la salud, en el escenario escolar del Colegio Técnico Profesional U. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2013. 184 p.
38. Segura C, Soto V. Inteligencia emocional (IE) y liderazgo transformacional (LT) : propuesta de un programa de entrenamiento en habilidades para mandos medios. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2015. 289 p.
39. Vargas I. La inteligencia emocional en las Instituciones Educativas. Rev Educ. 2004 [cited 2019 Nov 27]; 4(7):107–114.
40. García J. La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. Rev Educ. 2012 [cited 2019 Nov 27]; 36(1):97–109.
41. Naranjo N, Víquez F. Taller de capacitación en proceso de atención de enfermería con el enfoque de asistencia humana de Jean Watson dirigido a enfermeras (os) de cuidados intensivos del Hospital México. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 1998. 110 p.
42. Caravaca J, Carmiol P, Lazo S, Sanabria H. Modelo de Educación de la Sexualidad desde la Disciplina de enfermería basado en la filosofía de Jean Watson, dirigido a estudiantes de secundaria en el Centro Educativo San Miguel Arcangel, Instituto de Educación Integral, Liceo de Santo Domingo y Liceo . [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2008. 208 p.
43. Pichardo M, Zúñiga M. Atención que brinda el profesional en enfermería a la población adulta Joven en la Clínica de Control del Dolor y cuidado Paliativo, y en el Servicio de Onco-Hematología del Hospital Max Peralta en Cartago, comparada con la propuesta teórica de Jean Watson. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2011. 274 p.

44. Gómez D, Cordero S. Intervención de enfermería en salud mental para el fortalecimiento de las habilidades para la vida desde la teoría de Jean Watson dirigido a las y los facilitadores del grupo juventud sin límite, en el primer semestre 2012: Una experiencia de sistematización. [Thesis] [San José]: Universidad de Costa Rica; 2014. 185 p.
45. Peralta R, Trunco Y. inteligencia emocional y los estilos de afrontamiento al estrés en enfermeras (os) de Áreas Críticas - Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa - 2013 [Thesis] [Internet] [Arequipa]. Universidad Nacional de San Agustín; 2014. 120 p. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2329/ENpeesry.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Elisa G. La inteligencia emocional de los estudiantes de Titulaciones de Educación y Enfermería [Thesis] [Internet] [Vigo]. Universidad de Vigo; 2015. 290 p. Available from: http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/597/La_inteligencia_emocional.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Araque J. Nurse Emotional Intelligence and Patient's Perceptions of Caring: A Quantitative Study [Thesis] [Estados Unidos]: Universidad de Phoenix; 2015. 143 p.
48. Lavado R. Inteligencia emocional en estudiantes de enfermería de un Instituto Superior Tecnológico en Puente Piedra [Thesis] [Internet] [Lima]. Universidad Ricardo Palma; 2018. 74 p. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1429/Tesis.RALP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Galán J, Romero R, Morillo M, Alarcón J. Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicol Educ* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 20(1):53–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X14000086>
50. Henao M, Fajardo E, Núñez M. La experiencia de estudiantes de enfermería ante el dolor infligido en la práctica clínica. *Salud Uninorte Barranquilla* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 30(3):431–441. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81737153005.pdf>

51. Johnson D. Emotional Intelligence and Caring Behaviors: Is There A Relationship? [Thesis] [Internet]. Gardner-Webb University; 2017 [cited Nov 13 2020]. Available from: https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/294/
52. León L. Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado, UNMSM 2013 [Thesis] [Internet] [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. 110 p. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3671/leon_cl.pdf%3Bjsessionid=54031D4DB42D51DAF74EBF9698AF7430?sequence=1
53. Paredes S. Cuidado de enfermería enfocado a la teoría de Jean Watson según los estudiantes del VII ciclo de enfermería, Universidad Alas Peruanas, Surco - 2015 [Thesis] [Internet] [Lima]: Universidad Alas Peruanas; 2015. 91 p. Available from: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6745/1/T059_43071365_T.pdf
54. Rodríguez A. Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo 2016 [Thesis] [Internet] [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. 66 p. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2746/1/RE_ENFE_ADALILA.RODRIGUEZ_CUIDADO.HUMANIZADO_DATOS.PDF
55. Juárez M. Calidad del cuidado humanizado del profesional de enfermería según percepción de los pacientes, en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, Hospital de la Amistad Perú - Corea II “Santa Rosa - Piura” Enero 2019 [Thesis] [Internet] [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2019. 92 p. Available from: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1621/ENF-JUA-ALV-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Guerrero D. Revisión de literatura: El cuidado humanizado en la formación de pregrado de enfermería [Thesis] [Internet] [Bogotá]: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2017. 77 p. Available from: https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/650/1/cuidado_HUMANIZADO_EN_LA_FORMACIÓN_DE_PREGRADO_DE_enfermería.pdf
57. Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao,

2015. *Rev enferm Hered* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 27]; 9(2):127–36. Available from: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavo19/9.pdf>
58. Salgado J, Valenzuela S, Sáez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 27]; 21(1):69–79. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100007
59. Laertius D. *Lives of Eminent Philosophers*. Harvard University Press. 1925 [cited 2019 Nov 27]; 2(1): 67-89.
60. Wechsler D. *The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence*. 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1958. 10 p.
61. Thorndike E. *Intelligence and Its Uses*. 1st ed. New York: Harper's Magazine; 1920. 227-235 p.
62. Carrillo M, López A. La teoría de las inteligencias múltiples en la enseñanza de las lenguas. *Contextos educativos*. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 17(1):79–89.
63. Gálvez C. ¿Qué es la inteligencia emocional? [Internet]. Maureir F. Bubok Publishing S.L; 2016. [cited 2019 Nov 27]. 63 p. Available from: https://www.researchgate.net/publication/314179279_Inteligencia_emocional
64. Gómez I. *Matemática emocional: los afectos en el aprendizaje matemático*. 1st ed. Madrid: Narcea Ediciones, 2000. 276 p.
65. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychol Inq* [Internet]. 2004 [cited 2019 Nov 27]; 15(3):197–215. Available from: <https://aec6905spring2013.files.wordpress.com/2013/01/mayersaloveycaruso-2004.pdf>
66. Fernández P, Extremera N. La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Rev Interuniv Form del Profr* [Internet]. 2005 [cited 2019 Nov 27]; 19(3):63–93. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>
67. Fernández P, Extremera, N. A review of trait meta-mood research. *Advances in Psychology Research* [Internet]. 2008 [cited 2020 Oct 07]; 55(1):17-55. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2008-10835-002>
68. Thayer J., Rossy L, Ruiz E, Johnsen, B. Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. [Internet]. 2003 [cited 2020 Oct 07];

- 27(1):349-64. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023922618287>
69. Salguero J, Fernández P, Balluerka N, & Aritzeta A. Measuring perceived emotional intelligence in adolescent population: Psychometric properties of the Trait Meta Mood Scale. [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 07]; 38(9):1197-210. Available from: https://www.researchgate.net/publication/233656642_Measuring_Perceived_Emotional_Intelligence_in_the_Adolescent_Population_Psychometric_Properties_of_the_Trait_Meta-Mood_Scale
70. Ordi J. Metafísica de la belleza en Schopenhauer. Rev per a pensa [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 27]; 3(1):15–9. Available from: <http://www.infofilosofia.info/revista-prova/index.php/FA/article/view/94/pdf>
71. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Boulder, Colo.: University Press of Colorado; 2008. 313 p.
72. Rogers C. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. 1st ed. Boston: Houghton Mifflin; 1951. 50 p.
73. Unicef. ¿Te suena familiar? [Internet]. Santiago: Unicef; 2019 [cited 2019 Nov 27]. 29 p. Available from: https://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/14_Sentimientos.pdf
74. Manuel C, Miriam I. Generalidades sobre Metodología de la Investigación [Internet]. 1 edición. Polkey A, editor. Concordia: Universidad Autónoma del Carmen; 2004 [cited 2019 Nov 27]. 105 p. Available from: http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
75. Faux R. Quantitative Research. In: Teo T. (eds). 1st ed. New York: Encyclopedia of Critical Psychology; 2014. 57 p.
76. Universidad de Costa Rica. Reglamento de trabajos finales de graduación [Internet]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 1980 [cited 2019 Nov 27]. 9 p. Available from: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf
77. Fernández P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta- Mood Scale. Psycol Rep [Internet]. 2004 [cited 2019 Nov 27]; 94(3):751–5. Available from: http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/spanish_tmms.pdf
78. Zambrano C, Chamorro E. Medición del coeficiente de inteligencia emocional en los líderes de las centrales médicas Veris [Thesis] [Internet] [Quito]: Universidad Central de

- Ecuador; 2017 [cited 2020 Nov 24]. 150 p. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13984>
79. Salovey P, Mayer J, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional Attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. Washington D.C.: APA Science Volume Series; 1995. 154 p.
80. Cebrián L. Análisis Estadístico Descriptivo [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2009 [cited 2020 Oct 07]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/analisis-estadistico-descriptivo/analisis-estadistico-descriptivo.pdf>
81. Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, La Gaceta Universitaria, 3 de noviembre, núm. 63, pp. 1-9.
82. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. Lista de comprobación para la preparación de envíos [Internet]. Costa Rica: Portal de revistas académicas. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/about/submissions#authorGuidelines>
83. Emmanuel E. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. 14 p.
84. Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234. La Gaceta, 25 de abril del 2014, núm. 79, pp. 1-59.
85. Reglamento de la Investigación en la Universidad de Costa Rica, La Gaceta Universitaria, 5 de abril, núm. 8, pp. 1-31.
86. Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que participan seres humanos, La Gaceta Universitaria, 22 de junio, núm. 6, pp. 1-6.
87. Senegales J. Sobre la Declaración de Conflictos de Interés. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 27]; 14(1):87-9. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000100002
88. González M, Lara A, Pineda J, Crespo S. Perfil de ingreso de los alumnos de enfermería, Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, UNAM. Enferm univ [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 27]; 11(1):11-8. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100003&lng=es

89. Programa Estado de la Nación. Sexto informe estado de la educación: Capítulo 4 - Educación secundaria en Costa Rica [Internet]. Costa Rica: Programa Estado de la Nación; 2017 [cited 2020 Oct 07]. 58 p. Available from: <https://www.estadonacion.or.cr/educacion2017/assets/parte-1-capitulo-4.pdf>
90. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Matrimonios [Internet]. Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2019 [updated 2020 Aug]. Available from: <https://www.inec.cr/poblacion/matrimonios>
91. Mazzeo V, Perelman, P. Un siglo de contrastes en el comportamiento de la nupcialidad en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana de Población* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 07]; 10(19):83-106. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323849595005.pdf>
92. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Costa Rica. [Internet]. 1949 [cited 2020 Oct 05]; p.21. Available from: https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/constitucion_politica_digital_edincr.pdf
93. Pignataro A. Reto económico, valores y religión en las elecciones nacionales de Costa Rica 2018. *Rev Cienc política* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 05]; 39(2): 239–64. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-090X2019000200239&script=sci_arttext&tlng=e
94. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Encuesta Continua de Empleo, Situación del Empleo Juvenil en Costa Rica. [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 05]. p.29. Available from: https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reeceempleo_juvenil_03.pdf
95. Alvarado G, Mora R. Educación Técnica secundaria pública en Costa Rica: 1950-2014. *Rev Actual Investig en Educ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 05]; 20(2):1–35. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/41668/42064>
96. Cruz R, Vargas E, Hernández A, Rodríguez O. Adolescentes que estudian y trabajan: factores sociodemográficos y contextuales. *Rev Mex Sociol* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 05]; 79(3):571–604. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032017000300571

97. Sanjuán A, Ferrer M. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. *Rev Invest Educ Enfer* [Internet]. 2008 [cited 2021 Jan 3]; 26(2):226–35. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447005.pdf>
98. Siles J, Noreña A, Solano C. La inteligencia emocional durante las prácticas clínicas de alumnos de enfermería. Un enfoque desde la antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas. *ENE* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 3]; 11(2). Available from: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/703/inteligencia_emocional
99. Extremera N, Fernández-berrocal P. Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *Span J Psychol* [Internet]. 2006 [cited 2020 Nov 23]; 9(1):45–51. Available from: 10.1017/s1138741600005965
100. Chicaiza E. Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad [Internet] [Thesis]. Universidad Técnica de Ambato; 2017 [cited 2020 Nov 24]. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/26631>
101. Piovano M, Carrasquera N, Soria C, Linell A, Tejerina R. Alexitimia: variable de riesgo para el cuidado enfermero. Estudio descriptivo realizado con Licenciados en Enfermería que se desempeñan en el ámbito público. In: XV Jornada de Investigación Científica [Internet]. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2014 [cited 2020 Nov 24]. Available from: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/14404>
102. Tsaras K, Papathanasiou I, Vus. Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Med Arch*. 2018 [cited 2020 Nov 26]; 72(1):62-67. Available from: 10.5455/medarh.2017.72.62-67
103. Pego R, Río M, Fernández I, Gutiérrez E. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Rev Enfermería*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 26] ; 12(2): 225. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200005&lng=es.
104. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. [Internet] 2014 [cited 2020 Dic 28]. 492 p. Available from: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

105. López H, Agulla L, Zabaletta V, Vivas L, López M. Rostros, gestos y emociones: procesamiento diferencial de las expresiones faciales emocionales en población infanto-juvenil según el sexo. *Rev Argent Cienc Comport* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 15];9(3):31–43. Available from: [10.32348/1852.4206.v9.n3.18521](https://doi.org/10.32348/1852.4206.v9.n3.18521)
106. Reyna C, Brussino S. Diferenças de idade e gênero em comportamento social, temperamento e regulação emocional em crianças argentinas. *Acta Colomb Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 15];18(2):51–64. Available from: [10.14718/ACP.2015.18.2.5](https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.5)
107. Schoeps K, Tamarit A, González R, Montoya I. Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 26]; 6(1):51–6. Available from: http://193.147.134.18/bitstream/11000/4971/1/07_3.pdf
108. Giménez M. Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica en mujeres adultas [Thesis] [Internet]. 2017. Available from: <https://eprints.ucm.es/46812/>
109. López I, Cruz M, Cruz N. La motivación de los estudiantes de enfermería. *Rev Universidad Técnica Machala* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 26]; 1(1):929–40. Available from: <http://investigacion.utmachala.edu.ec/proceedings/index.php/utmach/article/view/156/132>
110. Gallardo P, Camacho J. La motivación y el aprendizaje en educación [Internet]. Sevilla: Wanceulen Editorial, 2016 [cited 2020 Nov 26]. Available from: <https://elibro-net.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/es/ereader/sibdi/33740?page=1>
111. Pucheu A. ¿Existen diferencias en la motivación de distintas generaciones de enfermería? *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 26]; 29(3):336–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.004>
112. Zaraza D, Contreras J. The mental health recovery model and its importance for Colombian nursing. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 26]; In press:1–6. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0034745018300970>

113. Medrano L, Muñoz R, Cano A. Procesos cognitivos y regulación emocional: Aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 15];22(2–3):47–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.11.00>
114. Campbell A, Ruffman T, Murray JE, Glue P. Oxytocin improves emotion recognition for older males. *Neurobiol Aging* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 15];35(10):2246–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2014.04.021>
115. Castaño L. Nivel de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería de la Universidad de la Laguna [Thesis] [España]: Universidad de la Laguna; 2018. 19 p. Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9088/Nivel%20de%20inteligencia%20emocional%20en%20estudiantes%20de%20enfermeria%20de%20la%20Universidad%20de%20La%20Laguna.pdf%3Bjsessionid=10AF3435BEFD7E6CC2A67879588248EF?sequence=1>
116. Arrogante O, Aparicio, E. Factores sociodemográficos relacionados con la inteligencia emocional en los profesionales de Enfermería. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 25]; 19(6):68–73. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5566558>
117. Encarnação R, Soares E, Rodrigues A. Emotional intelligence: influencing factors and impact on nurses in intensive care. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 2018 [cited 2020 dic 21];19:e33229. Available from: 10.15253/2175-6783.20181933229
118. Pooja P, Kumar P. Demographic variables and its effect on emotional intelligence: A study on indian service sector employees. *Ann Neurosci* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dic 21];23(1):18–24. Available from: 10.1159/000443552
119. Al Huseini S, Al Alawi M, Al Sinawi H, Al-Balushi N, Jose S, Al-Adawi S. Trait Emotional Intelligence and Its Correlates in Oman Medical Specialty Board Residents. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2019 [cited 2020 Dic 22];11(4):134–40. Available from: 10.4300/JGME-D-18-00388
120. Suárez M, Martín J. Influencia del perfil sociodemográfico del profesorado universitario sobre la inteligencia emocional y el burnout. *Educación* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 25]; 22(2): 93-117. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/22514/19272>

121. Pinilla C, Guzmán J. Rompiendo el techo de cristal: ¿una acción afirmativa con efectos colaterales indeseables? *Rev Ciencias Empres* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dic 28];5(5):48–58. Available from: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/revista-ciencias-empresariales/article/view/248>
122. Kahraman N, Hiçdurmaz D. Identifying emotional intelligence skills of Turkish clinical nurses according to sociodemographic and professional variables. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dic 22];25(7–8):1006–15. Available from: 10.1111/jocn.13122
123. Terrones M, Escobedo J. Inteligencia emocional y orientación religiosa en estudiantes de una universidad denominacional de Lima Este. [Thesis] [Internet] [Lima]. Universidad Peruana Unión; 2019 [cited 2020 Nov 25]. 94 p. Available from: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1653/Melissa_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
124. Lekavicienea R, Antinieneb D. High Emotional Intelligence: Family Psychosocial Factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 25]; 217(1): 609-17. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816000914>
125. Gómez G, Betancourt J, López M. Factores que influyen en la inteligencia emocional de los miembros de una empresa familiar. *Entramado* [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 25]; 9(1): 12-25. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-38032013000100002&script=sci_abstract&tlng=es#:~:text=Los%20hallazgos%20indican%20que%20la,capacidad%20de%20relacionamiento%2C%20de%20conciliaci%C3%B3n%2C
126. Liébana C, Fernández M, Bermejo J, Carabias M, Rodríguez M, Villacieros M. Emotional intelligence and engagement in San Camilo Center workers. *Gerokomos* [Internet]. 2015 [cited 2020 Dic 28];23(2):63–8. Available from: 10.4321/S1134-928X2012000200004

ANEXOS

Anexo A: Cronograma de trabajo

Tabla 13

Cronograma de trabajo

Actividad	Responsable	Fecha
1. Selección del tema de investigación, enfoque teórico y población.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	19/08/2019
2. Presentación de la propuesta y solicitud al PhD. Noé Ramírez de ser el tutor de la investigación, y a la PhD. Ana Solano y a la MSc. Karol Blanco, para ser las lectoras.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	02/09/2019
3. Presentación de la propuesta a la profesora MSc. Sunny González del curso “Taller de Trabajo Final de Graduación”.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	03/09/2019
4. Elaboración y presentación del primer avance de investigación con los apartados de introducción, justificación, temática, problemática y objetivos a la profesora MSc. Sunny González del curso “Taller de Trabajo Final de Graduación”.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	09/09/2019
5. Elaboración y entrega de la carta con el tema de investigación a la Comisión de Trabajo Final de Graduación de enfermería	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	09/09/2019
6. Inicio de la primera tutoría con PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	16/09/2019
7. Corrección de las sugerencias brindadas por la profesora MSc. Sunny González.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	16/09/2019
8. Elaboración y recepción de la segunda carta con el tema de investigación a la Comisión de Trabajo Final de Graduación de enfermería.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	21/09/2019

(continuación)

9. Asistencia al Curso de Buenas Prácticas para investigaciones biomédicas.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	23/09/2019
10. Elaboración y presentación del segundo avance de investigación con los apartados de marco referencial, teórico y conceptual a la profesora MSc. Sunny González del curso “Taller de Trabajo Final de Graduación”.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	07/10/2019
11. Corrección de las sugerencias brindadas por la profesora MSc. Sunny González.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	15/10/2019
12. Elaboración y recepción de la carta con los objetivos de investigación a la Comisión de Trabajo Final de Graduación de enfermería.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	25/10/2019
13. Corrección de las sugerencias brindadas por la profesora MSc. Sunny González.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	31/10/2019
14. Elaboración y presentación del tercer avance de investigación con el apartado de metodología a la profesora MSc. Sunny González del curso “Taller de Trabajo Final de Graduación”.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	04-17/11/2019
15. Corrección de las sugerencias brindadas por la profesora MSc. Sunny González.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	19-23/11/2019
16. Búsqueda e incorporación al trabajo de investigación del instrumento de valoración.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	23-24/11/2019
17. Elaboración del consentimiento informado.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	24/11/2019
18. Presentación del primer al tercer avance de investigación al tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	25/11/2019

(continuación)

19. Corrección de las sugerencias brindadas por el tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	26-29/11/2019
20. Entrega de propuesta de investigación a la profesora MSc. Sunny González del curso “Taller de Trabajo Final de Graduación”, y a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	29/11/2019
21. La Comisión de Trabajos Finales de Graduación revisa y acepta el trabajo.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	03/12/2019
22. Entrega de documentación para la solicitud para el trámite ante el CONIS de la autorización de investigador en la modalidad de estudiante investigador.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	24/02/2020
23. Entrega de propuesta de anteproyecto al Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	15/04/2020
24. Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica revisa y acepta el trabajo.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	15/06/2020
25. Recolección de los datos en estudiantes de primer y cuarto año.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	20/07/2020 -20/08/2020
26. Coordinación con el tutor PhD. Noé Ramírez para el resguardo de los datos.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	22/08/2020
27. Elaboración y presentación del cuarto avance de investigación con el apartado de resultados al tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	25/09/2020
28. Corrección de las sugerencias brindadas por el tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	26/09/2020 - 08/10/2020
29. Elaboración y presentación del quinto avance de investigación con el apartado de análisis, así como las de conclusiones y recomendaciones al tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	25/10/2020 -04/01/2021
30. Corrección de las sugerencias brindadas por el tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	08/01/2021 - 16/01/2021

(continuación)

31. Entrega del documento final escrito al tutor y lectoras para su correspondiente revisión.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	21/01/2021
32. Entrega de los cuatro borradores de la sistematización y de la carta de autorización para fijar fecha de Defensa.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	21/01/2021
33. Organización y consolidación de últimos detalles para defensa de Trabajo Final de Graduación.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	21/01/2021
34. Elaboración y preparación de la Defensa.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	21/01/2021- 13/02/2021
35. Defensa del Trabajo Final de Graduación.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	15/02/2021
36. Enviar infografía a los y las participantes de la investigación.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	25/01/2021
37. Elaboración del borrador del artículo con todos los apartados solicitados por la Revista Enfermería Actual en Costa Rica (REVENF).	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	21/01/2021- 13/02/2021
38. Presentación del artículo al tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	25/02/2021
39. Corrección de las sugerencias brindadas por el tutor PhD. Noé Ramírez.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	28/02/2021
40. Contacto con Revista Enfermería Actual en Costa Rica (REVENF).	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	02/03/2021
41. Corrección de las sugerencias brindadas por la revistas.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	02/04/2021
42. Publicación del artículo en la Revista Enfermería Actual en Costa Rica (REVENF).	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	02/06/2021
43. Enviar artículos científicos a los participantes de la investigación.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	03/06/2021
48. Resguardo de los datos.	Brandon Aguilar Prendas. Cristina Brenes Jara.	20/07/2020- 20/07/2025

Nota. Elaboración propia.

Anexo B: TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Instrumento: TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24)

Presentación:

Estimado (a) estudiante de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería, reciba un cordial saludo de parte del equipo investigador compuesto por Brandon Aguilar Prendas y Cristina Brenes Jara, estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica, y su director de la investigación el PhD. Noé Ramírez Elizondo.

El presente cuestionario se lleva a cabo como parte del Trabajo Final de Graduación titulado "Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería", el cual se realiza para optar por el grado de licenciatura en enfermería.

La misma busca conocer en una primera parte datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, religión, ocupación y año de carrera; y en una segunda parte datos sobre percepción, comprensión y manejo de las emociones.

De antemano agradecemos sus respuestas.

Este cuestionario es anónimo.

El registro de su respuesta en el cuestionario no contiene información de identificación sobre usted, a no ser que una pregunta específica lo requiera.

A) Datos sociodemográficos:

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Mujer () Hombre () Otro ()
3. Estado civil: Soltero (a) () Unión libre () Casado (a) () Separado (a) ()
Divorciado (a) () Viudez ()
4. Religión: Católico (a) () Evangélico (a) () Adventista () Mormón (a) () Ninguna () Otro ()
5. Ocupación: Estudia () Estudia y trabaja ()
6. Año de carrera: Primer año () Cuarto año ()

B) Datos del TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24):

Instrucciones:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor qué tan de acuerdo o desacuerdo está con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Ítems		Puntuación				
1	Presto mucha atención a los sentimientos.					
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.					
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					

7	A menudo pienso en mis sentimientos.					
8	Presto mucha atención a cómo me siento.					
9	Tengo claros mis sentimientos.					
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
11	Casi siempre sé cómo me siento.					
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14	Siempre puedo decir cómo me siento.					
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.					
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.					
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.					

Fin del cuestionario, muchas gracias por participar.

Anexo C: Consentimiento

Figura 10

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

CEC Comité
Ético Científico

15 de junio de 2020
CEC-248-2020

Brandon Nayit Aguilar Prendas
Cristina María Brenes Jara
Estudiantes
Escuela de Enfermería

Estimados estudiantes:

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No.172 celebrada el 20 de mayo de 2020 sometió a consideración el trabajo final de graduación "Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la licenciatura de enfermería".

Después del análisis respectivo, los miembros del CEC-UCR acuerdan:

Acuerdo N°11. Declarar **aprobado** el trabajo final de graduación "Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la licenciatura de enfermería", ya que no es considerado un proyecto biomédico. **Acuerdo Firme**

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

Karol Ramírez Chan, DDS, MSc, PhD
Presidente Comité Ético Científico

KRC/dha
C. M.Sc. Derby Muñoz Rojas, Coordinador CTFG, Escuela de Enfermería
Archivo

Adjunto: Formulario de consentimiento informado

Tel: 2511-4201 | Correo electrónico: CEC@ucr.ac.cr | Portal de Investigación:
www.vinv.ucr.ac.cr. | Dirección: Cuarto piso de la Biblioteca Luis Demetrio Tinoco. Sede
Rodrigo Facio.

(continuación)

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY
N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la licenciatura de
enfermería

Código (o número) de proyecto: No aplica.

Nombre de el/la investigador/a principal: Brandon Nayit Aguilar Prendas y Cristina María Brenes Jara.

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

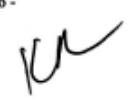
A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El presente estudio es un trabajo final de graduación para optar por la licenciatura de enfermería de la Universidad de Costa Rica, realizada por Brandon Aguilar Prendas y Cristina Brenes Jara, con la tutoría de PhD. Noé Ramírez Elizondo, investigador y profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Se trata de una investigación cuantitativa descriptiva comparativa y tiene como objetivo estudiar la inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la licenciatura de enfermería de la Universidad de Costa Rica en el año 2020; por lo que los y las participantes serán estudiantes de primer y cuarto año de esta disciplina y de esta Universidad que deseen ser parte del estudio de forma voluntaria.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____ Comité Ético Científico -
Universidad de Costa Rica



(continuación)

Para la recolección de datos se aplicará un instrumento con preguntas sobre datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, religión, ocupación y año de carrera; después de estos ítems se presenta el instrumento llamado TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale 24), el cual consta de 24 preguntas de selección única con opciones que van desde nada de acuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo y totalmente de acuerdo; la temática central es la percepción, comprensión y manejo de las emociones. Este es un cuestionario autoadministrado. Se contactará a los representantes de generación vía correo electrónico para acceder directamente a los participantes de la investigación. Posteriormente, el día lunes 1 de junio se contactará a los participantes a través de correo electrónico y se explicará el propósito, consentimiento y procedimiento a seguir.

La recolección de datos se llevará a cabo por medio de un formulario de Google, cuyo link se adjuntará en el correo electrónico, y estará habilitado desde el 1 hasta el 20 de junio del 2020, en el cual deberá seguir las instrucciones del cuestionario, consultar en caso de tener dudas y no salir de la página mientras completa el instrumento. Toda información brindada recibirá un trato estrictamente confidencial y con fines académicos, el almacenamiento de los datos digitales en una computadora a la cual únicamente los dos investigadores principales y tutor tienen acceso.

Una vez finalizado el estudio, se realizará una devolución de los resultados de la investigación por medio de dos correos electrónicos; en el primero se adjuntará un afiche informativo seis meses después de la recolección de datos y en el segundo un artículo científico sobre la investigación aproximadamente un año después.

Toda la documentación será custodiada por un período de 5 años después de concluida la investigación, es decir, hasta el mes de junio del año 2025, esto en respuesta a los artículos 51 y 52 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, N° 9234.

C. RIESGOS

Mientras usted completa el cuestionario podría experimentar molestia emocional, si esto sucede puede contactarnos, puesto que ofrecemos el acompañamiento de una especialista en salud mental.

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____ Comité Ético Científico -
Universidad de Costa Rica

(continuación)

D. BENEFICIOS

La población participante recibirá un resumen general con los resultados del estudio posterior a la conclusión de este, con lo que podrá conocer sobre la medición de la inteligencia emocional, así como la definición de este concepto, sus variables y la importancia del mismo para enfermería.

También los resultados del estudio beneficiarán a la comunidad académica para comprender mejor sobre la inteligencia emocional en la población estudiantil en enfermería, por lo que se pueden desarrollar futuras investigaciones similares.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted cuenta con el derecho de negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigado (a) de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

Se mantendrá la confidencialidad de los datos de acuerdo a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica Ley N° 9234, artículos 25, 26 y 27.

Una vez que se obtengan las respuestas de los participantes, se procederá a guardar los datos en una matriz virtual del programa Statistical Package for the Social Sciences 24 (IBM SPSS® 24), y esta a su vez será almacenada en un llave maya (dispositivo de almacenamiento USB) de uso único para la investigación. Este dispositivo se resguardará bajo llave en la oficina del docente. Como paso adicional, las respuestas de los formularios guardadas en Google Forms serán eliminadas.

El trato brindado a los datos obtenidos será estrictamente confidencial y con fines académicos, la presentación de dichos datos se llevará a cabo a través del reporte de los resultados de la investigación (defensa de tesis) y, posteriormente, en un artículo publicado en revistas propias de la disciplina.

Una vez finalizado el estudio, los datos serán custodiados por un período de cinco años, es decir, hasta el mes de junio del año 2025, en respuesta a los artículos 51 y 52 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, N° 9234.

En caso de que usted desee conocer a detalle más información sobre los resultados, podrá consultar con los investigadores a los contactos anteriormente mencionados.

La confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense y por tanto, en caso de evidenciarse violación a la ley, se deberá comunicar a las autoridades correspondientes.

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____ Comité Ético Científico -
Universidad de Costa Rica



(continuación)

G. MUESTRAS BIOLÓGICAS

No aplica.

H. INFORMACIÓN

Es importante que antes de dar su autorización hable con los investigadores principales y su tutor sobre este estudio, ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Brandon Aguilar Prendas / Cristina Brenes Jara, a los teléfonos 87447535 / 85656836 en el horario de lunes a viernes de 2:00 pm a 5:30 pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Nombre del tutor: PhD. Noé Ramírez Elizondo, docente e investigador de la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____ Comité Ético Científico -
Universidad de Costa Rica



(continuación)

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____ Comité Ético Científico -
Universidad de Costa Rica



Nota. Elaboración propia basada en “Formulario para el consentimiento informado basado en la ley N° 9234”, por Comité Ético-Científico, 2020, Universidad de Costa Rica.

Anexo D: Infografía de resultados

Figura 11

Infografía sobre conceptos importantes, resultados y conclusiones de la investigación



(continuación)

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN EMOCIONAL



COMPRENSIÓN EMOCIONAL



REGULACIÓN EMOCIONAL



SIMBOLOGÍA

✓: Adecuada percepción y Adecuada/Excelente comprensión/regulación ✗: Presta poca/demasiada atención y Debe mejorar comprensión/regulación

- PPA: Presta poca atención
- AP: Adecuada percepción
- PDA: Presta demasiada atención
- DMC: Debe mejorar su comprensión
- AC: Adecuada comprensión
- EC: Excelente comprensión
- DMR: Debe mejorar su regulación
- AR: Adecuada regulación
- ER: Excelente regulación

(continuación)

¿QUÉ SIGNIFICAN ESTOS RESULTADOS?



SIGNIFICA QUE...



Conforme avanza en la formación académica, tus habilidades emocionales irán mejorando.

Esto se debe a factores que influyen en la inteligencia emocional, tales como el género/sexo, edad y años de preparación universitaria. Otros factores son el entorno familiar, capacidad de comunicación, experiencias emocionales, entre otros.

ADEMÁS...

Es importante recordar que los y las participantes con habilidades adecuadas o excelentes en percepción, comprensión y regulación emocional, cuentan con herramientas fundamentales para establecer relaciones de cuidado transpersonal.



¡IMPORTANTE!



Es posible entrenar las habilidades de la inteligencia emocional para mejorarlas, sin importar los distintos factores involucrados.

Para lo cual es esencial reconocerlo como una necesidad y crear conciencia sobre el tema en sí mismo, asumiéndolo como parte de los compromisos profesionales del cuidado.

REFERENCIAS

1. Salovey P, Sluyter D. Emotional Development and Emotional Intelligence, Educational Implications. 1st ed. New York: BasicBooks; 1997. Chapter 1, What is Emotional Intelligence? p. 3-36.
2. Watson J. Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing. 1999th ed. Jones and Bartlett, Sudbury, Mass: Learning; 1988. 111 p.
3. Areque J. Nurse Emotional Intelligence and Patients' Perceptions of Caring: A Quantitative Study [Thesis] [Estados Unidos]; Universidad de Phoenix; 2015. 143 p.
4. Aguilar B, Brenes C. Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la licenciatura de enfermería [Thesis] [Costa Rica]; Universidad de Costa Rica; 2021. 221 p.



CRÉDITOS: BRANDON AGUILAR PRENDAS Y CRISTINA BRENES JARA

Nota. Elaboración propia basada en múltiples apartados de la investigación “Inteligencia emocional en estudiantes de primer y cuarto año de la Licenciatura de Enfermería”, por B. Aguilar y C. Brenes, 2021, Universidad de Costa Rica.