

---

## RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD EMOCIONAL Y EL CUIDADO QUE BRINDA LAS ENFERMERAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO 2017.

## RELATIONSHIP BETWEEN THE EMOTIONAL CAPACITY AND THE CARE PROVIDED BY NURSES IN A HOSPITAL REGIONAL TEACHING LAS MERCEDES THE CHICLAYO 2017.

María Del Carmen Espinoza Sancarranco <sup>1</sup>

---

### RESUMEN

Jean Watson en la "Teoría del cuidado humanizado" hace referencia que "la enfermera debe cuidarse ella misma, enfocándose en la armonía de su cuerpo, mente y alma logrando manejar sus emociones, estando así preparada para brindar un cuidado humanizado al usuario" (1); hecho que no siempre se observa en la actualidad donde los problemas del diario vivir suelen afectar al profesional. Estudio cuantitativo, trasversal y correlacional, cuyo objetivo fue "determinar la relación entre la capacidad emocional y el cuidado que brinda las enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo-2017", entrevistando a 121 enfermeras(os), aplicando dos instrumentos, cuestionario ICE de Baron y una lista de cotejo, el cual tienen una validez por alpha de Cronbach 0.9; obteniendo como resultados 86% (104) de los enfermeros(as) presentaron una capacidad emocional desarrollada a nivel "promedio", 9.1% (11) mostraron una "alta capacidad emocional desarrollada" y el 5% (6) obtuvieron "baja capacidad emocional desarrollada" y el 66.1% (80) de los enfermeros(as) encuestados(as) presentan un cuidado humanizado en la categoría "logrado" y 33.9% (41) se encuentra en la categoría "en proceso". Concluyendo No existe relación entre la capacidad emocional y el cuidado humanizado que brinda las enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes demostrado con una Correlación Pearson = - 0.79, con un grado de significancia entre ambas variables de 0.387, una correlación Rho de Spearman = - 0.79 y una significancia entre ambas variables de 0.391.

**Palabras clave:** Capacidad emocional, cuidado humanizado.

### ABSTRACT

Jean Watson in the "Theory of humanized care" makes reference that "the nurse must take care of herself, focusing on the harmony of her body, mind and soul managing to manage her emotions, being thus prepared to provide a humanized care to the user" (1); fact that is not always observed today where the problems of daily life usually affect the professional. Quantitative, cross-sectional and correlational study, whose objective was to "determine the relationship between the emotional capacity and the care provided by the Regional Teaching Hospital Nurses Mercedes-Chiclayo-2017", interviewing 121 nurses, applying two instruments ICE questionnaire Baron and a checklist, which have an alpha validity of Cronbach 0.9; obtaining as a result 86% (104) of the nurses (as) presented an emotional capacity developed at the "average" level, 9.1% (11) showed a "high developed emotional capacity" and 5% (6) obtained "low emotional capacity" developed "and 66.1% (80) of the nurses (as) surveyed (as) present a humanized care in the category" achieved "and 33.9% (41) is in the category" in process ", concluding There is no relationship between the emotional capacity and the humanized care provided by the nurses of the Teaching Regional Hospital Mercedes demonstrated with a Pearson Correlation = - 0.79 with a degree of significance between both variables is 0.387 and a Spearman Rho Correlation: with value = - 0.79 and with a significance between both variables of 0.391.

**Key words:** emotional capacity, humanized care.

---

<sup>1</sup>Escuela Académico Profesional de Enfermería. Licenciada en Enfermería. Universidad Señor De Sipán. Perú. Chiclayo. Perú. Correo electrónico: esancarrancomar@crece.uss.edu.pe

## 1. INTRODUCCIÓN

El enfermero (a), parte importante del equipo de salud, es considerado el principal apoyo en el cuidado del paciente, acción propia de ésta profesión, y para llevarlo a cabo el enfermero (a) debe demostrar un sólido conocimiento teórico, conceptual y metodológico adherido a la ciencia al momento de brindar este cuidado; pero si dialogamos sobre el cuidado humanizado diremos que el enfermero (a) además debe poner en práctica principios, valores, habilidades comunicativas y sobre todo su capacidad emocional en busca de lograr una interacción enfermera paciente conservando la dignidad, humanidad, virtud y paz interior de la persona a su cuidado, otorgándole la autonomía de ser y la autodeterminación en los actos de vida personal y profesional (1).

Los conceptos habituales que acompañan al cuidado humanizado versan sobre comunicación, confianza, solidaridad, respeto, idoneidad, técnica, seguridad del paciente, entre otras; logrando que los usuarios perciban todas estas competencias mientras el enfermero (a) ejecuta su cuidado, pues el profesional no sólo se enfrenta a la cotidianidad, carencias de recursos humanos, sobresaturación de funciones, que lo alejan cada vez más del paciente, sino que además el hecho mismo de ser un ser humano con sus propias preocupaciones, sentimientos, emociones, frustraciones, en algunas oportunidades merma la calidad de cuidado que brinda al usuario (1).

El gremio de enfermería en la actualidad se esfuerza en perfeccionarse sobre el manejo de diferentes equipos (ventiladores, catéteres, monitores) y se olvida de la esencia del profesional de enfermería, de percibir a la persona como ser holístico concebido desde su dimensión física, emocional, social y espiritual; que necesita amor, atención, tolerancia y otras características que implica brindar un cuidado humanizado; pero lo más triste, es no olvidarnos de cuidarnos a nosotros mismos, de alimentar nuestra esencia espiritual y humana, nos olvidamos de reconocernos como seres humanos que requieren de cuidado para poder cuidar, repercutiendo en nuestra salud fisiológica, habilidades en toma de decisiones y sobre todo en nuestra competencia emocional (2).

Las condiciones laborales para el profesional de enfermería a nivel mundial presentan cambios relevantes en las últimas décadas, ocasionando más exigencias para los trabajadores y menor control en sus tareas, largas jornadas laborales, cronicidad y severidad de las patologías de los pacientes a quienes cuida, representando algunos factores determinantes para el estrés, que si no es detectado a tiempo, causaría efectos peligrosos como el Síndrome del quemado o Burnout síndrome (Malash y Jackson 1981), quienes se aproximaron más a la definición de esta patología categorizándola como un respuesta inadecuada al estrés emocional crónico repercutiendo en la salud física y emocional de quien lo padece (3).

Esta problemática que afecta la capacidad emocional del enfermero se refleja en diferentes estudios, teniendo como referente el realizado en México 2016, en un Hospital de II nivel de atención de Poza Rica – Veracruz sobre Síndrome de Burnout y salud mental en enfermeras, evidenciando que el 77% presentaba un nivel medio de cansancio emocional y el 70% una baja realización profesional. Este estudio mostró un alto nivel de correlación ente la dimensión de ansiedad y depresión severa con las tres dimensiones del Burnout. Concluyendo que “existe presencia de Síndrome de Burnout en niveles altos en las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; en relación con el estado de salud mental se presentaron casos probables con más frecuencia en las dimensiones de alteración del patrón de sueño y alteraciones de la conducta” (4).

El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú en el año 2015 señala que los reclamos de pacientes hospitalizados tienen como causas priorizadas, el maltrato antes o después de la atención asistencial (44%), demora en la atención (43%), maltrato durante la atención (38%) e inadecuada atención asistencial (21%); y en la temática de reclamos en redes de salud en el I semestre del año 2015 encontramos una inadecuada atención asistencial (37%), maltrato (19%) e inadecuada atención administrativa (29%), datos que conducen a reflexionar sobre lo que está sucediendo con nuestra calidad de atención hacia los usuarios(5), invadiéndonos además la pregunta de si estas estadísticas tienen su origen en los altos niveles de estrés que puede llegar al personal de salud, entre ellos, el de enfermería.

El Hospital Regional Docente Las Mercedes con 166 años de funcionamiento, pertenece al II nivel de atención, brindando asistencia ambulatoria, hospitalización y especialidades, con integración de diferentes servicios, cuya función se centra en el tratamiento, recuperación y rehabilitación; siendo el personal de enfermería una pieza clave en el cumplimiento de las metas en la atención a través del cuidado humanizado que brinda. Sin embargo, con el transcurrir de los años se viene observando un incremento en la problemática que rodea a la enfermera en el cumplimiento de sus funciones. Es así que durante las prácticas hospitalarias e internado en este nosocomio se observó muchas veces a enfermeras en estado de cansancio severo con características de estrés, factores que han contribuido a que no puedan manejar sus estados emocionales ante la presión del familiar al momento de ejercer sus funciones.

Por otro lado, reportes del departamento de enfermería reflejan un alto ausentismo laboral de enfermeras por diversos motivos, destacándose licencias sin goce de haber por motivos personales y licencias por enfermedades; también se hace referencia altos niveles de cansancio en las enfermeras debido al arduo trabajo que enfrenta día a día y un alto índice de personal mayor de 50 años que no solo han incrementado sus habilidades en el cuidado sino lamentablemente han ido deteriorando su salud, pues no existe un área de salud ocupacional que cuide al cuidador (6). Teniendo en cuenta lo expuesto, se crea la necesidad de

conocer cuantitativamente la magnitud de este problema, enfocando el estudio en determinar la relación entre la capacidad emocional y el cuidado que brinda las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo – 2017.

El presente trabajo sustentó su ejecución cuando las emociones juegan un papel primordial en la existencia de las personas y más en los profesionales de la salud; es un aspecto relevante a ser considerado teniendo en cuenta que día a día vivimos diferentes experiencias que afectan nuestra salud mental, por ello es necesario tener un buen manejo de nuestras emociones para evitar conflictos con las personas que se encuentran en nuestro entorno, y sabiendo que pertenecemos a instituciones que brindan servicio a individuos que ven mermada su salud y una serie de necesidades (eliminación, nutrición, dolor, ansiedad, tristeza, dependencia) que requieren de un personal altamente capacitado, sino de un personal con competencias emocionales capaz de brindar un adecuado sistema de apoyo para superar su proceso de enfermedad.

Por ello el profesional de enfermería al ser responsable de brindar un cuidado holístico e integral en estas instituciones debe mantener en todo momento sus competencias emocionales rescatando la esencia del cuidado humanizado según Jean Watson; por ende, es necesario desarrollarnos como personas, adoptando una aptitud empática y social, teniendo un buen manejo de las relaciones sociales como base para brindar un cuidado humanizado. En pocas palabras se debe buscar una alta capacidad emocional desarrollada para brindar un cuidado humanizado caracterizado por “la confianza, empoderamiento, socialización, comunicación, orientación, información y educación” que permita cumplir nuestras funciones con la más alta calidad.

Los resultados de este informe de investigación beneficiaran a la gestión del cuidado humanizado que ejecuta el enfermero (a), al identificar como se relaciona las competencias emocionales que tiene el dador del cuidado (enfermero) y con la calidad de cuidado humanizado que se brinda podemos identificar las fortalezas y debilidades del hacer enfermero para poder en un futuro intervenir, mediante talleres, planes de mejora continua, planes de capacitación e incluso terapias de salud ocupacional; consientes que al lograr sensibilizar a través de los resultados a la población de enfermería, ellos buscarán desde su vocación de servicio modificar algunas conductas o pedir ayuda necesaria, beneficiando al paciente en la calidad de cuidado que recibe.

Gardner afirma que “la inteligencia emocional es la capacidad de resolver problemas que sean valiosos en una o más culturas, siendo las emociones los estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, reflejandose en los comportamientos externos e internos; permitiéndonos la inteligencia

emocional resolver problemas relacionados con las emociones propias (inteligencia intrapersonal) y de los demás (inteligencia interpersonal), cuidado siempre nuestra capacidad emocional” (9).

A su vez, Goleman dice que los componentes primordiales de la inteligencia emocional son: “autoconocimiento emocional (o conciencia de uno mismo), refiriéndose en enfermería al conocimiento de nuestras emociones y cómo nos afectan; autocontrol emocional (o autorregulación) que impide dejarnos llevar por los sentimientos del momento; la automotivación es dirigir las emociones hacia un objetivo, nos permite mantener la motivación y fijar nuestra atención en metas y no en obstáculos; reconocimiento de emociones ajenas (o empatía), el reconocer es el primer paso para entenderlas e identificarnos con ellas; relaciones interpersonales (o habilidades sociales), una buena relación con los demás es una de las cosas más importantes para nuestras vidas y para nuestro trabajo” (10).

Finalmente, este estudio referencia al modelo de Baron, lo define como inteligencia emocional como un “conjunto de capacidades y destrezas personales, emocionales y sociales que influyen en nuestras habilidades para adaptarse y enfrentar a las demandas y presiones del medio” (11). Por esto la enfermera deberá mostrar una inteligencia no cognitiva, por ser un factor primordial en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo claramente en el bienestar general y salud emocional. Sobre la base de este concepto, el modelo de Baron se construye el inventario de cociente emocional. La estructura del modelo puede ser vista desde dos perspectivas diferentes, una sistémica y otra topográfica” (12).

Baron describe “cinco componentes de la inteligencia emocional y sus respectivos sub componentes que se relacionan lógicamente y estadísticamente. Dichas habilidades y destrezas son los componentes factoriales de la inteligencia no cognitiva y son evaluadas por el inventario Baron Emocional Quotient Inventory (Baron EQ-i). Este inventario “genera un cociente emocional y cinco cocientes emocionales compuestos basados en las puntuaciones de 15 sub componentes. Los 5 principales componentes y sus 15 factores de la inteligencia personal, emocional y social son componente intrapersonal, componente interpersonal, componente de adaptabilidad, componente del manejo de estrés y componente del estado general” (12).

Jean Watson hace narración que “las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma, el cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico. El acceso al cuerpo, mente y alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad. Entonces la enfermera debe cuidarse ella misma, para encontrar la paz interior, utilizando todos los sentidos sin preocuparse por nada y solo enfocándose en la armonía de su cuerpo, mente y alma logrando manejar sus emociones, estando así preparada para brindar un cuidado humanizado al usuario; que implica valores, voluntad y un compromiso para cuidar y cuidarse” (13).

Watson en su propuesta, hace explícitos los valores de enfermería, el conocimiento y las prácticas de cuidado humanizado dirigidas a procesos de sanidad interna y al mundo de la vida de personas que viven experiencias y que requieren del arte de cuidar y sanar, argumentando que el cuidado es un ideal moral de enfermería, donde el fin es la protección, el engrandecimiento y la preservación de la dignidad humana; privilegiando el enfoque humanístico, entendiendo al individuo como un ente biopsicosocial, espiritual y sociocultural, siendo el objetivo de enfermería ayudarlo alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma; y para ello esta autora considera como foco principal de la enfermera “diez factores de cuidado”, los cuales son derivados de un aspecto humanista, combinada con una base de conocimientos científicos (14).

Estos factores para Watson son, 1) cultivar amabilidad, amor y coherencia en un cuidado consciente; 2) ser auténtico, capaz de practicar, estar presente y mantener un sistema de creencias y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado; 3) sembrar prácticas espirituales y transpersonales de ser; 4) mantener y desarrollar auténtica relación de cuidado, ayuda y confianza; 5) apoyar durante la expresión de sentimientos; 6) uso creativo del ser y conocimiento, como parte del cuidado, su práctica y protección; 7) comprometerse con la práctica, enseñanza y aprendizaje; 8) organizar un ambiente protector donde se está consciente del todo, belleza, comodidad, dignidad y la paz; 9) asistir a las necesidades humanas, administrando un cuidado esencial, que potencialice la alianza mente, cuerpo y espíritu; 10) estar abierto y atento a la espiritualidad de su vida (15).

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

La investigación es de tipo cuantitativo, porque buscó representar los datos utilizando magnitudes numéricas como promedio y porcentajes para cumplir con los objetivos planteados” (16); el diseño es no experimental, teniendo en cuenta que las variables no fueron manipuladas deliberadamente para su análisis, observándose como se desarrollan las variables capacidad emocional y cuidado humanizado en la población analizada (17). Este estudio es considerado transversal, porque se obtuvieron los datos en un determinado periodo, y correlacional, porque tienen el propósito de evaluar la relación que existe entre la capacidad emocional del enfermero con el cuidado humanizado que brinda en los servicios de hospitalización del Hospital Docente las Mercedes (17).

La población fue 177 enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes; obteniéndose la muestra mediante fórmula para población finita, con un nivel de confianza de 95%, proporción p y q de 50%, nivel

de error aceptado de 5%; quedando constituida por 121 enfermeras de los servicios (Emergencia, UCI, Pediatría, Medicina, Cirugía, Ginecología) que representan el 92% del total. Para seleccionar los participantes del estudio se aplicó como criterios de inclusión la participación voluntaria y la condición de contratada o nombrada.

Como metodología de investigación se utilizará al método científico auxiliado por el método deductivo (para identificar el problema en todo el contexto).

La técnica que se utilizó para la variable capacidad emocional de las enfermeras fue la encuesta; y como instrumento utilizado para la variable independiente es el cuestionario, que parten del modelo cognitivo de la Capacidad Emocional desarrollado por Baron y del cual se ha desarrollado el Test de Baron que incluye 133 ítems cortos y emplea un grupo de respuestas de cinco puntos (1 punto es rara vez, 2 puntos pocas veces, 3 puntos es a veces, 4 puntos es muchas veces y 5 puntos con mucha frecuencia o siempre). Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa” (10).

Tiene un alcance multidimensional (5 escalas, 15 sub escalas que mide la capacidad emocional), cuenta con tres índices de validación, tiene un enfoque multicultural e internacional y está sustentando por más de 17 años de investigación. Calificación: calificación computarizada. Interpretación: >451: Alta, capacidad emocional bien desarrollada; 230 – 450: Promedio, capacidad emocional adecuada. <230: Baja, capacidad emocional subdesarrollada, necesita mejorar. Aspectos psicológicos que evalúa y mide; Componente Intrapersonal: evalúa el yo interior. Las sub escalas, incluyen el conocimiento emocional de sí mismo, seguridad, autoestima, autorrealización e independencia.

En el componente interpersonal, muestra las habilidades y el desempeño. Las sub escalas, incluyen las relaciones interpersonales, la responsabilidad social y empatía. El componente adaptabilidad, abarca las sub escalas de solución de problemas, prueba de la realidad y flexibilidad. El componente manejo de la tensión, incluye las sub escalas de tolerancia a la tensión y control de los impulsos. Componente estado de ánimo general, abarcan las sub escalas, factores de la felicidad y optimismo. Tiene usos en la educación, clínico, jurídico, médico laboral e investigación contando con un índice de validez y confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.93, el que ayudo a determinar cuál es el nivel de la capacidad emocional de acuerdo a la Teoría de Baron.

La técnica utilizada para la variable dependiente Cuidado Humanizado fue la observación, y como instrumento la lista de cotejo, que parten del modelo cognitivo de la Teoría de Watson, por esta razón se asume como base el instrumento creado por Cronin y Harrison de 1988 y adaptado por Morales Castillo

“Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería ECCOE” México 2015 (18). Por motivo de este estudio se modificó el test de Likert convirtiéndolo en una lista de cotejo asumiendo las 7 dimensiones del primer instrumento, para lograr confiabilidad se aplicó el instrumento adaptado para la validación por jueces expertos.

Posteriormente se ejecutó la prueba piloto para medir la validación de la consistencia interna, que brinda la confiabilidad y validez empleando la prueba de Alpha de Cronbach 0.916. El instrumento lista de observación consta de 33 ítems cuyos criterios serán cumple y no cumple, las dimensiones a evaluar son: Humanismo/fe-esperanza/ sensibilidad (del 1 al 9), ayuda/confianza (10 al 14), expresión de sentimientos positivos/negativos (15), enseñanza aprendizaje (16 al 19) y soporte/protección/ambiente (20 al 26), asistencia en las necesidades humanas (27 al 31), fuerzas existenciales/fenomenológica/espiritual (32 al 33). El instrumento obtuvo como dimensiones de resultados, en proceso y logrado a través de BAREMO con una calificación por dimensión y escala general. En la dimensión de Humanismo en proceso (0 al 4) y logrado (5 al 9); Dimensión Ayuda, en proceso (0 al 2) y logrado (3 al 5); Dimensión Expresión de sentimientos, en proceso (0) y logrado (1); Dimensión Enseñanza, en proceso (0 al 1) y logrado (2 al 4); Dimensión Soporte, en proceso (0 al 4) y logrado (5 al 7); Dimensión Asistencia en las necesidades humanas en proceso (0 al 3) y logrado (4 al 5); Dimensión Fuerzas existenciales en proceso (0) y logrado (1 al 2) y Escala General, en proceso (0 al 14) y logrado (15 al 33).

Para la recolección de datos, se envió un documento al director del Hospital para la aprobación y ejecución del proyecto de investigación. Como siguiente actividad se coordinó con el departamento de jefatura de enfermeras sobre la investigación. Luego se explicó a cada enfermera de cada servicio sobre el objetivo de la investigación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Los instrumentos fueron desarrollados durante el turno de tarde entre las 6pm- 9pm por dos semanas en el mes de setiembre, previo consentimiento de la enfermera. El tiempo que se requiere es 30 minutos por enfermera para el llenado del cuestionario.

Obtenida la información brindada por las enfermeras gracias al cuestionario y la lista de cotejo, se procesó estos datos mediante la utilización del programa estadístico SPSS 22”, y la correlación se obtuvo utilizando la prueba estadística del Coeficiente de correlación – Pearson (19).

### **3. RESULTADOS**

El profesional de enfermería es considerado el pilar fundamental en el cuidado del paciente y demostrar un sólido conocimiento teórico y metodológico, además de preocuparse en poner en práctica principios, valores, habilidades y sobre todo su capacidad emocional.

Tabla 1. Capacidad emocional desarrollada en el profesional de enfermería. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo 2017.

		Resultado global							
		Alta - Capacidad emocional bien desarrollada >451		Promedio - Capacidad emocional 230 a 450		Baja- Capacidad emocional sub desarrollada- < 230		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Servicio	Emergencia	4	3.3	29	24.0	0	0.0	33	27.3
	UCI	3	2.5	10	8.3	0	0.0	13	10.7
	Pediatría	0	0.0	30	24.8	1	0.8	31	25.6
	Medicina	2	1.7	15	12.4	3	2.5	20	16.5
	Cirugía	1	0.8	17	14.0	1	0.8	19	15.7
	Ginecología	1	0.8	3	2.5	1	0.8	5	4.1
Sexo	Femenino	11	9.1	99	81.8	6	5.0	116	95.9
	Masculino	0	0.0	5	4.1	0	0.0	5	4.1
Edad	25 a 35	3	2.5	28	23.1	1	0.8	32	26.4
	36 a 45	2	1.7	26	21.5	0	0.0	28	23.1
	46 a 55	3	2.5	29	24.0	2	1.7	34	28.1
	56 a 65	3	2.5	21	17.4	3	2.5	27	22.3
Total		11	9.1	104	86	6	5	121	100

Fuente: Test de Baron. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo 2017.

La tabla 1, muestra que el 86% (104) de los enfermeros (as) encuestados (as) presentan una capacidad emocional desarrollada en la categoría “promedio”; 9.1% (11) se encuentra en la categoría “alta capacidad emocional desarrollada” y 5% (6) en la categoría “baja capacidad emocional desarrollada”.

Tabla 2. Cuidado humanizado que brinda la enfermera del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo 2017.

		Diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera					
		En proceso - 0 a 14		Logrado 15 a 33		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Servicio	Emergencia	11	9.1	22	18.2	33	27.3
	UCI	3	2.5	10	8.3	13	10.7
	Pediatría	9	7.4	22	18.2	31	25.6
	Medicina	6	5.0	14	11.6	20	16.5
	Cirugía	8	6.6	11	9.1	19	15.7
	Ginecología	4	3.3	1	0.8	5	4.1
Sexo	Femenino	39	32.2	77	63.6	116	95.9
	Masculino	2	1.7	3	2.5	5	4.1
Edad	25 a 35	5	4.1	27	22.3	32	26.4
	36 a 45	15	12.4	13	10.7	28	23.1
	46 a 55	10	8.3	24	19.8	34	28.1
	56 a 65	11	9.1	16	13.2	27	22.3
Total		41	33.9	80	66.1	121	100

Fuente: Lista de cotejo de evaluación del comportamiento del cuidado otorgado por enfermería. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo 2017.

La tabla 2, muestra que el 66.1% (80) de los enfermeros (as) encuestados (as) presentan un cuidado humanizado en la categoría “logrado” y 33.9% (41) en la categoría “en proceso”.

Tabla 3. Correlación del diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera y el diagnóstico capacidad emocional desarrollada en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo 2017.

	En proceso - 0 a 14	Recuento	Diagnóstico Capacidad emocional desarrollada			Total
			Alta - capacidad emocional bien desarrollada >451	Promedio - Capacidad emocional adecuada 230a450	Baja - capacidad emocional sub desarrollada <230	
Diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera	En proceso - 0 a 14	Recuento	3	35	3	41
		% del total	2.5%	28.9%	2.5%	33.9%
	Logrado 15 a 33	Recuento	8	69	3	80
		% del total	6.6%	57.0%	2.5%	66.1%
Total		Recuento	11	104	6	121
		% del total	9.1%	86.0%	5.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia

La tabla 3, muestra que la variable diagnóstico del cuidado humanizado para la categoría “en proceso” presenta una correlación del 2.5% de alta capacidad emocional, 28.9% para capacidad emocional adecuada y 2.5% para baja capacidad emocional. Mientras la variable diagnóstico del cuidado humanizado para la categoría “logrado” presenta una correlación del 6.6% para alta capacidad emocional, 57% en capacidad emocional adecuada y 2.5% en baja capacidad emocional.

Para evaluar el nivel de correlación entre el cuidado humanizado que brinda la enfermera y su capacidad emocional desarrollada se utilizó Correlación de Pearson y Rho de Spearman.

Tabla 4. Correlación de Pearson.

		Diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera	Diagnóstico Capacidad emocional desarrollada
Diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera	Correlación de Pearson	1	-,079
	Sig. (bilateral)		,387
	N	121	121
Diagnóstico Capacidad emocional desarrollada	Correlación de Pearson	-,079	1
	Sig. (bilateral)	,387	
	N	121	121

Fuente: elaboración propia

En la tabla 4, sobre la Correlación Pearson, existe una correlación con valor = - 0.79, indicando que no existe correlación o asociación entre ambas variables; también se encuentra un grado de significancia entre ambas variables de 0.387, siendo mayor que  $p= 0.05$ , afirmando que ambas variables no se relacionan.

Tabla 5. Correlación Rho de Spearman.

			Diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera	Diagnóstico Capacidad emocional desarrollada
Rho de Spearman	Diagnóstico del cuidado humanizado que brinda la enfermera	Coefficiente de correlación	1,000	-,079
		Sig. (bilateral)	.	,391
		N	121	121
	Diagnóstico Capacidad emocional desarrollada	Coefficiente de correlación	-,079	1,000
		Sig. (bilateral)	,391	.
		N	121	121

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5, sobre Correlación Rho de Spearman, existe una correlación con valor = - 0.79, indicando que no existe correlación o asociación entre ambas variables; también se encuentra un grado de significancia entre ambas variables de 0.391, siendo mayor que  $p= 0.05$ , afirmando que ambas variables no se relacionan.

Comprobando la hipótesis nula, “No existe relación entre la capacidad emocional y el cuidado humano que brinda las enfermeras del Hospital regional Docente las Mercedes. Chiclayo 2017.”

#### 4. DISCUSIÓN

El presente estudio demostró la existencia de la relación entre la capacidad emocional y el cuidado humanizado que brindan las enfermeras, asumiendo el concepto que las emociones juegan un papel primordial en nuestra vida personal y profesional, pues en ambos campos tenemos experiencias que no siempre son agradables o nos mantienen en estados de armonía de nuestra mente, cuerpo y alma, siendo necesario aprender a vivir con ellas y tener un buen manejo para evitar conflictos con las personas que se encuentran en nuestro entorno y a las que cuidamos, quienes frente a sus experiencias vividas por la enfermedad se convierten en personas poco colaboradoras, y solo si mantenemos nuestro equilibrio emocional podremos cumplir con nuestra función de soporte y cuidado que el paciente como la familia necesita frente al proceso de hospitalización.

La inteligencia emocional es definida como “la capacidad de adquirir conocimiento o entendimiento y de utilizarlo en situaciones de cambios; en cuanto a las condiciones experimentales, el éxito de las personas se puede medir en términos cuantitativos para adecuar su conocimiento a una situación o al superar una situación específica” (7); al evaluar la capacidad emocional de las enfermeras que laboran en el Hospital Regional Docente Las Mercedes tenemos que el 86% (104) de los enfermeros (as) encuestados (as) presentan una capacidad emocional desarrollada en la categoría “promedio”, 9.1% (11) se encuentra en la categoría “alta capacidad emocional desarrollada” y 5% (6) se encuentra en la categoría “baja capacidad emocional desarrollada”.

Similares resultados obtuvieron Peralta R y Tunco Y (2014) quienes evidenciaron que el 59.02% de las (os) enfermeras (os) de áreas críticas tienen una capacidad emocional promedio, un 24.59% una capacidad emocional baja, y un porcentaje mínimo 16.39% tienen capacidad emocional alta (20). También Albitres E, Castañeda E (2013), evidenciaron que la Inteligencia Emocional de las enfermeras del Hospital Belén – Lambayeque se encuentra en un nivel promedio mostrada en un 66.7% indicando una capacidad emocional media (21); a diferencia de los resultados que obtuvieron Ayala J (2017), en cuyo estudio se evidenció que enfermeras del Servicio de Emergencia de un Hospital Nacional de Lima, el 28.3% de enfermeras obtuvieron un nivel alto en inteligencia emocional (22).

Meléndez S, Santes M y Salazar E, (2014), explicaron que las enfermeras del hospital A como las del B prestaron poca atención a sus emociones, con el 62% y 69% respectivamente. En ambos hospitales el personal de Enfermería presentó inadecuada preparación emocional, con el 52% para el hospital A y 42% para el hospital B (23); y aunándome a lo referido por Ceyda B y Gonul O, 2016, Turquía. (24) pese a que los resultados obtenidos en este estudio sobre inteligencia emocional en las enfermeras son “promedio”, afirmo que es necesario tener en cuenta que “la inteligencia emocional de las enfermeras afecta las estrategias de manejo de conflictos y necesitan programas de capacitación emocional para mejorar la gestión eficaz de conflictos en los establecimientos de salud”.

Considerando que la inteligencia emocional permite resolver problemas relacionados con las emociones nuestras y de las personas a quienes cuidamos (9), es importante como menciona Baron, obtener competencias en inteligencia emocional porque estas influyen en las habilidades de adaptación y enfrentamiento a las demandas y presiones del medio (25).

En relación a la segunda variable que midió el cuidado humanizado y utilizo el modelo de cuidado estructurado por Watson, hace explícitos los valores de enfermería, el conocimiento y las prácticas de cuidado humanizado, dirigidas a procesos de sanidad interna y al mundo de la vida de personas que viven experiencias y requieren del arte de cuidar y sanar, argumentando que el cuidado es un ideal moral de

enfermería, donde el fin es la protección, el engrandecimiento y la preservación de la dignidad humana; así mismo privilegia el enfoque humanístico, entendiendo al individuo como un ente biopsicosocial, espiritual y sociocultural, siendo el objetivo de enfermería ayudarlo a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma (14).

Tendencia del cuidado hacia donde debemos apostar todo profesional de enfermería en bien de la salud de toda población, evidenciándose en nuestros resultados que el 66.1% (80) de los enfermeros (as) encuestados (as) presentan un cuidado humanizado en la categoría “logrado” y 33.9% (41) se encuentra en la categoría “en proceso”, similar resultado obtuvieron Rodríguez A. (2017) quien concluye diciendo 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 (26).

A diferencia del resultado obtenido por Guerrero R, Meneses M y Cruz M (2016) quienes concluyen 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” (27).

Así mismo este estudio teniendo en cuenta lo dicho por Jean Watson que “Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma, el cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico. Por esto la enfermera debe cuidarse ella misma, para encontrar la paz interior, utilizando todos los sentidos sin preocuparse por nada y solo enfocándose en la armonía de su cuerpo, mente y alma logrando manejar sus emociones, estando así preparada para brindar un cuidado humanizado al usuario, que involucra valores, voluntad, compromiso para cuidar y cuidarse, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias” (13).

Motivados en encontrar si existe relación directa entre cuidado humanizado e inteligencia emocional del enfermero rescatamos como resultado que “No existe relación entre la capacidad emocional y el cuidado humanizado que brinda las enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo 2017.” Al obtener una Correlación Pearson = - 0.79 con un grado de significancia entre ambas variables de 0.387 siendo mayor que  $p= 0.05$ , afirmando que ambas variables no se relacionan y una Correlación Rho de Spearman: con valor = - 0.79 y un grado de significancia entre ambas variables de 0.391 siendo mayor que  $p= 0.05$ , afirmando que ambas variables no se relacionan.

Aunque los resultados obtenidos no demuestran una relación directa no debemos descartar las premisas dados por J. Watson que destacan que para dar un adecuado cuidado el enfermero debe encontrarse en equilibrio (mente – cuerpo- y alma) sólo así podrá tener las competencias para una adecuada toma de

decisiones. El profesional enfermero (a) debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar conocimientos científicos y salud emocional para brindar un buen cuidado. Ocasión que la enfermera y paciente se conectan para el cuidado humanizado con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado (14).

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salcedo R. El profesional de enfermería que México necesita. Revista de enfermería institucional México 2017; 25(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim171m.pdf> (último acceso 4 octubre 2017).
2. Blanco V. Percepción del paciente sobre la calidad del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno. Tesis Pregrado. Universidad Nacional del Altiplano; 2017. pp. 28.
3. Pulido M, Augusto J, López E. Estudiantes de enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. *Índex de enfermería* 2016; 25(3): 215-219. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962016000200020](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000200020) (último acceso 4 octubre 2017).
4. Meléndez S, Huerta S, Hernández E. Síndrome de burnout y salud mental en enfermeras de un hospital. *Nure Investigación* 2016; 13(82). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/801> (último acceso 4 octubre 2017).
5. Gushiken A. Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima: Defensoría del Pueblo Perú; 2015. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_documentos/16\\_informe\\_defensorial\\_140.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf) (último acceso 25 agosto 2014).
6. Chenique A. Comunicación personal. 28 agosto 2017.
7. Mestre J, Fernández P. Manual de Inteligencia Emocional. ed. España: Pirámide; 2012.
8. Warner J. Inteligencia Emocional. ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2008.
9. Gardner H. La inteligencia reformulada: las inteligencias múltiples en el siglo XXI. 1a.ed. Barcelona: Paidós; 2001.
10. Goleman D. La Inteligencia Emocional. 25a. ed. Buenos Aires: Javier Vergara Editor-Grupo Zeta; 2000.
11. Palermo F, Martínez F. Motivación y Emoción. 15a.ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
12. Lazzati S. Cambio del comportamiento en el trabajo. Buenos Aires: Granica S.A. Argentina; 2008. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=UZZfAAAAQBAJ&pg=PA136&dq=libro+de+baron+inteligencia+emocional&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjBt6florXAhUTxCYKHavyCOMQ6AEIKDAB#v=onepage&q&f=false> (último acceso 25 agosto 2014).

13. Martínez M, Chamorro E. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Elsevier España; 2011. <https://books.google.com.pe/books?isbn=8491130683>. (Último acceso 19 junio 2017)
14. Marriner A, Allgood M. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
15. González O. Validez y confiabilidad del instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería pche clínica country 3ª versión”. Tesis Postgrado. Universidad Nacional de Colombia; 2014. p.p. 36
16. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 5a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
17. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
18. Morales F, Hernández M, Morales M. Validación y estandarización del instrumento: evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. Enfermería Universitaria 2016; 13(1):3-  
[https://ac.els-cdn.com/S1665706315000883/1-s2.0-S1665706315000883-main.pdf?\\_tid=ed4abb2e-b904-11e7-bb92-0000aacb361&acdnat=1508881827\\_40a4ff5d1696a0d8686d3adeaa887c6f](https://ac.els-cdn.com/S1665706315000883/1-s2.0-S1665706315000883-main.pdf?_tid=ed4abb2e-b904-11e7-bb92-0000aacb361&acdnat=1508881827_40a4ff5d1696a0d8686d3adeaa887c6f) (último acceso 19 junio 2017)
19. Quezada N. Estadística con SPSS 12. ed. Lima: Macro; 2004.
20. Peralta R, Tunco Y. Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento al estrés en enfermeras(os) de áreas críticas - Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa. Tesis Pregrado. Universidad Nacional de San Agustín; 2014. p.p.38
21. Albitres E, Castañeda E. Relación entre Inteligencia Emocional y Satisfacción laboral en enfermeras de las áreas críticas del Hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque. Tesis pregrado. Universidad Señor de Sipán; 2013. p.p.23
22. Ayala J. Correlación entre inteligencia emocional y síndrome de burnout en enfermedades del servicio de emergencia de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, 2016. Tesis Pregrado. Universidad Alas Peruanas; 2017. p.p.20
23. Meléndez S, Santes M. Salazar. Inteligencia Emocional en los Profesionales Enfermeros, México. Metas de Enfermería 2014; 16(7):64-68. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80496/http/> (último acceso 19 junio 2017).
24. Ceyda B, Gonul O. Papel de la inteligencia emocional en las estrategias de manejo de conflictos de las enfermeras, Turquía. Investigación de Enfermería Asiática Sociedad Coreana de la Ciencia de Enfermería 2016; 10(3): 228-233. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27692253>. Citado en: PubMed; DOI: 10.1016/j.anr.2016.07.002. (Último acceso 19 junio 2017)
25. Lazzati S. Cambio del comportamiento en el trabajo. Buenos Aires: Granica S.A. Argentina; 2008. <https://books.google.com.pe/books?id=UZZfAAAAQBAJ&pg=PA136&dq=libro+de+baron+inteligencia+emocional&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjBflorXAhUTxCYKHavyCOMQ6AEIKDAB#v=onepage&q&f=false> (último acceso 25 agosto 2014).
26. Rodríguez A. Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo. Tesis de Pregrado. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. 18pp.

27. Guerrero, R. Meneses, M. Cruz, M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima. Revista de Enfermería Herediana 2016; 9(2):127-136.  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/3017>. (Último acceso 19 junio 2017).

#### **CORRESPONDENCIA.**

María del Carmen Espinoza Sancarranco  
Correo electrónico: [esancarrancomar@crece.uss.edu.pe](mailto:esancarrancomar@crece.uss.edu.pe)

Fecha de recepción: 03 de agosto de 2018  
Fecha de aceptación: 12 de setiembre de 2018