

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

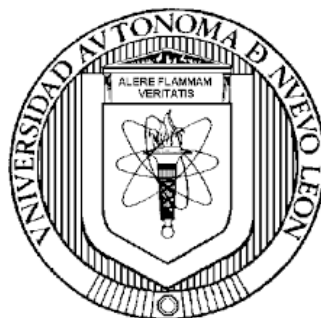
Por

LIC. ANA LAURA CASTILLO MEZA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Por

LIC. ANA LAURA CASTILLO MEZA

Director de Tesis

MCE. MARÍA GUADALUPE INTERIAL GUZMÁN

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Por

LIC. ANA LAURA CASTILLO MEZA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Aprobación de Tesis

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán
Director de Tesis

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán
Presidente

Dra. Annel González Vázquez
Secretaria

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), por contribuir al desarrollo de la profesión por medio del apoyo económico para realizar la maestría.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería por la oportunidad de iniciar y concluir la maestría.

A la MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán, directora de tesis por su apoyo incondicional, paciencia y asesoramiento, así como por su seguimiento como tutora.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y a la Dra. Annel González Vázquez por sus revisiones y recomendaciones para el desarrollo de la tesis.

A los profesores de posgrado que a lo largo de estos años estuvieron al pendiente de la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades tanto a nivel profesional como personal.

Al Dr. Jasiel de Jesús López Aviña jefe del departamento de enseñanza y al Mtro. José Machado Gamboa jefe de enfermería del hospital Dr. Javier Ramírez Topete, ubicado en Cd. Cuauhtémoc, Chihuahua, por su valiosa cooperación y apoyo en la recolección de datos.

A mis compañeros, por el acompañamiento, comprensión y solidaridad durante estos dos años, en especial a Iris Pérez, Fabiola Canel, Adriana Castillo, Adiel Agama y Omar Vázquez y por su apoyo incondicional.

Dedicatoria

A Dios, por ser mi fortaleza en momentos difíciles, por ser mi compañía en días de soledad y por ser mi alegría en cada logro.

A mis padres, por estar presentes en todo momento, con una oración, un mensaje o una llamada y por su enorme esfuerzo por ayudarme a cumplir mis metas. Lo que soy se los debo a ustedes.

A mis hijos, que aún están en camino, pero que me dieron ese aliento que necesitaba en el tramo final de este proyecto.

A mis hermanas, sobrinos y cuñados, por estar siempre que los necesito y por su apoyo en casa durante mi ausencia.

A mis amigos cercanos, por siempre motivarme a continuar, por inspirarme y darme aliento.

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|---|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Marco de Referencia | 6 |
| Estudios Relacionados | 9 |
| Definición de Términos | 13 |
| Objetivo General | 14 |
| Objetivos Específicos | 14 |
| Capítulo II | |
| Metodología | 15 |
| Diseño de Estudio | 15 |
| Población, Muestra y Muestreo | 15 |
| Criterios de Inclusión | 16 |
| Instrumentos de Medición | 16 |
| Procedimiento de Recolección de Datos | 18 |
| Consideraciones Éticas | 20 |
| Estrategia de Análisis de Datos | 21 |
| Capítulo III | |
| Resultados | 23 |
| Características de la Población de Estudio | 23 |
| Confiabilidad de los Instrumentos | 25 |
| Inteligencia Emocional del Personal de Enfermería | 26 |
| Calidad del Cuidado desde la Perspectiva del Personal de Enfermería y de Pacientes con Enfermedades Crónicas | 27 |
| Prueba de Normalidad de las Variables de Estudio | 30 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Diferencias entre las Variables del Estudio | 31 |
| Relación entre las Variables del Estudio | 32 |
| Capítulo IV | |
| Discusión | 33 |
| Conclusiones | 38 |
| Recomendaciones | 39 |
| Referencias | 41 |
| Apéndices | 49 |
| A. Consentimiento informado para el personal de enfermería | 50 |
| B. Consentimiento informado para el paciente | 53 |
| C. Cédula de datos del personal de enfermería | 56 |
| D. Cédula de datos del paciente | 57 |
| E. Escala rasgo de metaconocimiento emocional | 58 |
| F. Escala del cuidado de calidad del paciente: perspectiva de enfermería | 60 |
| G. Escala del cuidado de calidad del paciente | 65 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|--|--------|
| 1. Características del personal de enfermería | 23 |
| 2. Características sociodemográficas de los pacientes | 24 |
| 3. Características personales de los pacientes | 25 |
| 4. Consistencia interna de los instrumentos | 26 |
| 5. Inteligencia emocional global y por dimensiones | 26 |
| 6. Clasificación de los resultados de la inteligencia emocional por dimensiones | 27 |
| 7. Calidad del cuidado desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes | 28 |
| 8. Calidad del cuidado por dimensión desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes | 28 |
| 9. Clasificación de la calidad de cuidado desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes | 29 |
| 10. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en personal de enfermería | 30 |
| 11. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en pacientes | 31 |
| 12. Prueba U de Mann Whitney para inteligencia emocional según nivel educativo de enfermería | 31 |
| 13. Prueba H de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney para calidad del cuidado según nivel educativo y ocupación de los pacientes | 32 |

Resumen

Lic. Ana Laura Castillo Meza.
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2023

Título del Estudio: INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Número de páginas: 69

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Propósito y Método del Estudio: La inteligencia emocional es la capacidad para identificar, evaluar y manejar las emociones propias y de los demás, saber utilizarlas en la toma de decisiones, comprenderlas y regular tanto emociones positivas como negativas en uno mismo y en otros. Es esencial que el personal de enfermería desarrolle esta competencia para mejorar la calidad del cuidado; la cual se puede abordar desde dos perspectivas, del personal que otorga la atención y del paciente, que es quien la recibe. El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional; se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el tamaño de la muestra fue de 61 enfermeros(as) y 140 pacientes con enfermedades crónicas. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

Contribución y conclusiones: En cuanto a la inteligencia emocional de forma global el puntaje oscila de 70 a 117 ($M = 95.86$, $DE = 10.99$), la dimensión de atención obtuvo un promedio de 30.04 ($DE = 4.10$), claridad de 32.57 ($DE = 4.77$) y reparación de 33.24 ($DE = 4.43$). Estos resultados corresponden a la categoría adecuada. La calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería se encontró con una puntuación que varía de 135 a 240 puntos ($M = 224.62$, $DE = 17.42$), mientras que la de los pacientes con enfermedades crónicas oscila de 161 a 247 ($M = 215.25$, $DE = 12.74$). Datos que para ambos grupos poblacionales corresponden a la categoría agradable. No se encontró relación entre la calidad del cuidado del personal de enfermería y la antigüedad laboral ($r_s = -.046$, $p = .725$). Así como tampoco diferencia en la calidad del cuidado según el nivel educativo ($H = .987$, $p = .611$), y ocupación ($U = 2283$, $p = .571$) de los pacientes. Por último, no se encontró relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería ($r_s = .130$, $p = .317$). Se recomienda continuar en esta línea de investigación e incluir ambas variables para profundizar y ampliar el conocimiento; trasladarlo a la práctica y de acuerdo a ello implementar medidas para favorecer la satisfacción del personal, de los pacientes y mejorar la calidad del cuidado.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Actualmente los sistemas de salud requieren evidenciar la atención otorgada con un enfoque profesional que garantice la seguridad en la atención; el personal sanitario debe otorgar el cuidado, no sólo con conocimientos teóricos y de intervenciones; sino también con inteligencia emocional. Se reporta que las emociones están implícitas en la toma de decisiones y en las actitudes manifestadas en la práctica, por lo cual el desarrollo de la inteligencia emocional es fundamental, es clave para la calidad del cuidado (Al-Hamdan et al., 2021; Espinoza, 2018; Morales-Castillejos et al., 2020).

Esta habilidad permite crear un ambiente terapéutico adecuado que influye directamente en las relaciones interpersonales con los pacientes y con el equipo interdisciplinario (Giménez-Espert et al., 2019; Phillips et al., 2021). Además, mejora el manejo de emociones y la comprensión de éstas en sus pacientes asignados, lo que repercute en los resultados del cuidado (Avilés et al., 2019). Es esencial que todo el personal de salud domine su inteligencia emocional; sin embargo, se reporta que del 35 al 40% no tiene dominio de ella, lo que impacta directamente en los resultados por la atención otorgada (Ruiz-Cerino et al., 2020; Soto-Rubio et al., 2020).

Para desarrollar la inteligencia emocional se requiere favorecer ambientes de trabajo adecuados que permitan un mejor desempeño profesional (Secretaría de Gobernación, 2013), ya que el trabajar en entornos estresantes puede hacer que las emociones causen efectos profundos que afectan negativamente en la calidad del cuidado. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención, establece que para favorecer la inteligencia emocional es necesario promover el sentido de pertenencia a la organización, una capacitación adecuada, la definición precisa de responsabilidades, la

participación proactiva y comunicación, la distribución adecuada de cargas de trabajo; así como las jornadas laborales regulares (Secretaría de Gobernación, 2018).

La literatura reporta que contar con entornos laborales adecuados fomenta el desarrollo de la inteligencia emocional; la cual permite mejorar los resultados de atención (Benito & Díaz, 2018; Luengo-Martínez et al., 2021). Al respecto, Crowne et al. (2017) identificaron que el personal de enfermería con altos niveles de inteligencia emocional presenta mayor rendimiento y un mejor trabajo de equipo; concluyen que esto debe traducirse en una mayor calidad de la atención otorgada.

Así mismo, Wang et al. (2018) señalaron que cuando las enfermeras tenían mayor inteligencia emocional presentaban menos agotamiento; se reporta que cuando la enfermera tiene agotamiento ocupacional la calidad de la atención es menor que la otorgada por enfermeras emocionalmente sanas (Bock, 2020; Chao et al., 2015; Veliz, 2018). Además, se ha encontrado que el nivel educativo del personal de enfermería influye en la inteligencia emocional (Khademi et al., 2021).

Respecto a la calidad del cuidado de enfermería, Najafpour et al. (2020) enfatizan la importancia de lograr la satisfacción del paciente con la atención otorgada por estos profesionales. Señalan que es elemental el manejo efectivo de las emociones para brindar un trato digno y responder acorde a las demandas de atención de sus pacientes; consideran seis dimensiones, cuidado psicológico individual, cuidados psicosociales grupales, cuidado físico, cuidados generales, comunicación e implicaciones profesionales.

En cuanto a la medición de la calidad del cuidado, se puede abordar desde dos perspectivas, del personal que otorga la atención y del paciente, que es quien la recibe; así mismo se señala que los resultados difieren. Se argumenta que debe ser desde la perspectiva del personal de enfermería porque es quien conoce el proceso de cuidados; sin embargo, también se reporta que es idóneo desde la perspectiva de los pacientes

porque tienen la información de primera mano al haber recibido los cuidados (Gelkop et al., 2021; Khademi et al. 2021).

Así mismo, se reporta que algunas características personales como la antigüedad laboral del personal de enfermería, el nivel educativo y la ocupación de los pacientes, pueden influir en la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y del paciente, respectivamente. Se señala que el personal de enfermería con 11 a 19 años de antigüedad laboral; los pacientes con nivel educativo bajo y de ocupación estudiante refieren altos puntajes de calidad del cuidado (Khademi et al., 2021); por su parte Gelkop et al. (2021) encontraron que el personal con más años de antigüedad laboral refiere bajos puntajes de calidad del cuidado.

En México se reporta que 21.8% de los pacientes que se han hospitalizado en los últimos 12 meses perciben la calidad otorgada por el personal de salud de muy mala a regular (Shamah-Levy et al., 2020). Cabe señalar que el 70% de los profesionales de la salud corresponde a personal de enfermería (Febré et al., 2018), quien es el responsable de la atención permanente de los pacientes. Por otro lado, la falta de calidad repercute directamente en los resultados de la atención otorgada a los pacientes. Al respecto, cada año entre 5.7 y 8.4 millones de muertes suceden en países con ingresos bajos y medianos por causa de una atención de calidad deficiente, lo que genera un 15% de mortalidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Por lo tanto, en las instituciones de salud se debe fomentar la inteligencia emocional en enfermería para favorecer la calidad del cuidado en la atención a todos los pacientes hospitalizados; sin embargo, los que padecen enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, son prioridad debido a que han incrementado la mortalidad. Destacan las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus, dado que constituyen el 71% de las defunciones en el mundo y más del 75% en los países de ingresos bajos y medianos, es decir, 32 millones de las muertes por esta causa (OMS, 2021).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) reporta como primera causa de mortalidad las enfermedades del corazón con un 20.2% y la tercera corresponde a la diabetes mellitus con un 13.9%. En el estado de Nuevo León, se presentan las mismas causas y en el mismo orden; la segunda causa corresponde a tumores malignos (INEGI, 2019). Así mismo, en México las enfermedades que afectan a la población de 50 años y más son la hipertensión arterial con un 39.9%, diabetes mellitus con 22.8% y la artritis con 11.2% (INEGI, 2020). En Nuevo León las principales enfermedades son la hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus (Secretaría de Salud, 2020).

Los pacientes que padecen las enfermedades crónicas demandan una mayor atención. Al respecto la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) señala como grupos prioritarios a los que padecen enfermedad cardiovascular y obesidad (enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión arterial, embolia o derrame cerebral), enfermedades y síntomas respiratorios crónicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos (fiebre reumática, artritis, problemas de la piel); así como el cáncer o tumores (Shamah-Levy et al., 2020).

Los datos descritos evidencian la problemática que afronta el sistema de salud por las demandas de cuidado que tiene la población, debido a la alta prevalencia de las enfermedades crónicas, al incremento de la población adulta y a los estilos de vida poco saludable (Navas & López, 2021). Este sector poblacional presenta hospitalizaciones recurrentes, lo que genera un gasto importante por los altos costos de atención en salud; es fundamental otorgar una atención de calidad, que permita una recuperación favorable de los pacientes, lo que repercute en la calidad del cuidado.

La literatura reporta que existe asociación directa entre la inteligencia emocional de los profesionales de enfermería con la calidad del cuidado brindado (Khademi et al., 2021; Morales-Castillejos et al., 2020); sin embargo, otros estudios no encontraron

asociación entre estas dos variables (Gelkop et al., 2021; Najafpour et al. 2020). Así mismo, los estudios encontrados evidencian que la relación entre estas dos variables se considera un tema poco abordado (Benito & Díaz, 2018; Khademi et al., 2021; Morales-Castillejos et al., 2020). No se ha encontrado diferencia en la inteligencia emocional y el nivel educativo del personal de enfermería; sin embargo, se evidencia como su principal predictor (Khademi et al., 2021).

Por otro lado, la calidad del cuidado es diferente de acuerdo a la perspectiva tanto del personal de enfermería, como del paciente. Algunos estudios señalan más alta la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería (Khademi et al., 2021); mientras que otros autores reportan que es mayor la del paciente (Gelkop et al., 2021). Se encontró que algunas características personales de enfermería y de los pacientes influyen en la calidad del cuidado; se señala la antigüedad laboral de enfermería; así como el nivel educativo y la ocupación del paciente (Gelkop et al., 2021; Khademi et al., 2021).

Como puede observarse la inteligencia emocional es fundamental para el personal de enfermería, por su impacto en la calidad del cuidado otorgado a los pacientes hospitalizados; sobre todo los que padecen enfermedades crónicas. Es esencial responder a sus necesidades de atención; las cuales serán cada vez mayores y es indispensable que las enfermeras entiendan, identifiquen y gestionen las emociones para mejorar la calidad del cuidado; dado que la inteligencia emocional fomenta una relación terapéutica positiva con los pacientes, lo que favorece la anticipación a sus reacciones emocionales e incrementa su satisfacción (Nightingale et al., 2018).

Los resultados del presente estudio servirán de base para que los administradores de enfermería diseñen protocolos de cuidado que permitan propiciar ambientes de trabajo óptimos para incrementar la inteligencia emocional del personal de enfermería, además de generar una mejor atención a los pacientes con enfermedades crónicas, lo cual impacta positivamente en la calidad del cuidado. Por lo anteriormente expuesto se

diseña el presente estudio con el propósito de determinar la relación de la inteligencia emocional y la calidad del cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas en un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Marco de Referencia

Para el presente estudio se consideran los conceptos inteligencia emocional y calidad del cuidado. La inteligencia emocional es una construcción social, que evoluciona del concepto de "inteligencia social" de Thorndike (1920), surgiendo una distinción teórica importante entre aquellos que consideran la inteligencia emocional como un aspecto de la personalidad, o "rasgo" (Petrides & Furnham, 2006); o una "habilidad", algo que uno aprende y que puede verse influenciada por el aprendizaje (Salovey & Mayer, 1990).

Mayer et al. (1999) conceptualizan la inteligencia emocional como el metaconocimiento de los estados emocionales; es la capacidad para identificar, evaluar y manejar las emociones propias y las de los demás, saber utilizarlas en la toma de decisiones, comprenderlas y regular tanto emociones positivas como negativas en uno mismo y en otros, es decir, una persona emocionalmente inteligente es considerada como aquella capaz de gestionar satisfactoriamente las emociones para lograr resultados positivos en sus relaciones con los demás. Incluye tres dimensiones: atención, claridad y reparación.

La atención, hace referencia al grado en el que las personas toman conciencia para prestar atención a sus emociones y sentimientos, es decir, a la habilidad para identificar y reconocer los propios sentimientos, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que estos conllevan. Implica prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales.

La claridad, se refiere la facultad de las personas para percibir sus emociones, es decir, si al experimentar sus sentimientos los reconocen y entienden cómo se sienten. Implica desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, discriminar y

etiquetar las emociones, y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos, entendiendo cómo evolucionan e integrándolas en el pensamiento.

Por último, la reparación, alude a la creencia que las personas tienen de su capacidad para interrumpir, regular y controlar estados emocionales negativos; así como también para prolongar estados emocionales positivos. Esta dimensión incluye la capacidad de estar receptivo a los sentimientos y reflexionar sobre los mismos para beneficiarse o descartar la información que los acompaña en función de su utilidad. (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Salovey et al., 1995).

Respecto a la calidad del cuidado Khademi et al. (2021) la definen como la satisfacción de las necesidades del paciente a través de una atención adecuada y segura, con empatía, comunicación apropiada y actitud respetuosa hacia el paciente. La promoción de la calidad de la atención, que es una prioridad en la atención de enfermería, puede aumentar la satisfacción del paciente, mejorar la eficiencia de la atención y reducir los costos hospitalarios.

La OMS (2020) la define como el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

La calidad de la atención de enfermería se refiere a la satisfacción de los pacientes con los servicios otorgados por este personal, destaca el trato y la respuesta ante las situaciones que se presentan durante la atención. Uno de los factores más importantes que afectan la satisfacción del paciente es la calidad de los servicios de salud; a través de un manejo efectivo de las emociones, las enfermeras pueden

comunicarse con los pacientes y brindar servicios de alta calidad, asegurando así la satisfacción del paciente (Najafpour et al., 2020). La calidad de la atención está conformada por seis dimensiones: cuidado psicológico individual, cuidados psicosociales grupales, cuidado físico, cuidados generales, comunicación e implicaciones profesionales (Norman & Redfern, 1995). En el presente estudio se consideran cinco de ellas.

El cuidado psicológico individual hace referencia a las acciones dirigidas a satisfacer las necesidades psicosociales de forma personal; considerando que el paciente reciba la atención por parte del personal que le otorga el cuidado, así como la percepción de explicar sus pensamientos y sentimientos, con una actitud amable, gentil y amigable considerando al paciente como miembro de una familia y de la comunidad, incluye la atención a las necesidades espirituales, tanto para personas conscientes como inconscientes.

El cuidado físico corresponde a las necesidades tangibles de los pacientes; incluye acciones dirigidas a satisfacer sus necesidades físicas enfocadas a la adaptación de los procedimientos de acuerdo a su tratamiento, con respuesta inmediata y apropiada, con comunicación de las actividades que se realizan referentes a higiene, ministración de medicamentos, consumo de la dieta y procedimientos especiales que se pueden presentar.

Los cuidados generales son las acciones que buscan satisfacer tanto las necesidades psicosociales como físicas, ya sea que se presenten en diferente momento o al mismo tiempo, donde el paciente recibe instrucciones conforme se necesitan, se involucra a la familia, se protege su dignidad y privacidad, se apoya en su desarrollo de independencia y uso de actividades de su vida cotidiana para una mejor recuperación, todo bajo el marco del plan terapéutico.

La comunicación se enfoca en su uso con el paciente; hace referencia a un diálogo recíproco entre el paciente, el personal y la familia, donde se utiliza un lenguaje

entendible, se establecen planes de cuidado y hay presencia del equipo interdisciplinario para cubrir las necesidades. Las implicaciones profesionales se refieren a la atención brindada al paciente con iniciativa y responsabilidad; son los cuidados que se brindan donde se refleja que las decisiones del personal son respaldadas con evidencia científica y muestran evaluación continua de los resultados de las actividades realizadas, así como de la evolución o desarrollo del paciente.

De acuerdo a la literatura algunas características personales están relacionadas con la inteligencia emocional y con la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes. En la inteligencia emocional se reporta como principal predictor el nivel educativo; la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería se asocia con la antigüedad laboral y se señala diferencia según el nivel educativo y la ocupación del paciente (Gelkop et al., 2021; Khademi et al., 2021).

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados con las variables inteligencia emocional y calidad del cuidado; se destacan las características personales que influyen en ellas, tanto del personal de enfermería como de los pacientes.

Khademi et al. (2021) realizaron un estudio en Irán con el objetivo de determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado de enfermería desde el punto de vista de las enfermeras y los pacientes. La población de estudio fue conformada por 100 enfermeras voluntarias y 300 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron dos; el cuestionario de inteligencia emocional de Bradberry-Greaves y la escala de calidad del cuidado del paciente, Quality Patient Care Scale (QUALPACS). Para el análisis de resultados se obtuvo el índice de la calidad percibida con valores de 0 – 260 puntos.

Respecto a inteligencia emocional se reportó una media de 91.17 ($DE = 12.33$), el componente más alto fue el de gestión de relaciones (reparación) con una media de

30.69 ($DE = 5.30$), el más bajo fue la conciencia social (claridad) con media de 15.50 ($DE = 2.59$). El nivel educativo del personal de enfermería fue el predictor más alto de la inteligencia emocional ($\beta = .22$; $p = .03$).

En cuanto a la calidad del cuidado desde el punto de vista de las enfermeras se obtuvo una media de 202.22 ($DE = 22.31$) y de los pacientes de 184.01 ($DE = 37.41$). No se encontró diferencia en la calidad del cuidado del personal de enfermería por años de experiencia laboral; sin embargo, los que tenían de 11 a 19 años de experiencia laboral calificaron más alto la calidad del cuidado. Respecto a los pacientes, se encontró diferencia en la calidad del cuidado con características personales, el nivel educativo bajo y de ocupación estudiantes calificaron más alto la calidad del cuidado ($p < .001$). Se evidenció una correlación significativa entre inteligencia emocional y calidad del cuidado desde el punto de vista de las enfermeras ($r = 1.00$, $p < .001$).

Morales-Castillejos et al. (2020) realizaron una investigación en México con el objetivo de describir la relación de la inteligencia emocional con la calidad del cuidado otorgado por enfermeras/os de un hospital público de México. La muestra fue conformada por 127 enfermeras/os. Se aplicó el Inventario de Cociente Emocional (I-CE) de BarOn (1997) y para medir la calidad del cuidado, se utilizó la evaluación de los comportamientos del cuidado otorgado por la enfermera.

La inteligencia emocional tiene un puntaje de 0 a 204 y se establecieron cuatro categorías para su análisis: muy baja (96-122), capacidad emocional extremadamente subdesarrollada; baja (123-149), capacidad emocional subdesarrollada; promedio (150-176), capacidad emocional adecuada y alta (177-204), capacidad emocional bien desarrollada. Se encontró que el nivel de inteligencia emocional, de acuerdo a los puntos de corte, fue catalogado como promedio en el 44.9% del personal de enfermería. Al analizar la inteligencia emocional por dimensiones, la categoría promedio fue la más alta en intrapersonal (41.4%), interpersonal (reparación) (52.6%) y estado de ánimo

general (atención) (52.6%). Se encontró relación entre inteligencia emocional y calidad del cuidado ($r_s = .819, p = .001$).

Taylan et al. (2019) realizaron una investigación en Turquía con el objetivo de evaluar la relación de las conductas de cuidado con la sensibilidad moral, la inteligencia emocional y las características descriptivas en enfermeras de cuidados intensivos. La muestra fue de 156 enfermeras; para la recolección de datos se utilizaron el Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) para evaluar las conductas de cuidado y la escala de inteligencia emocional, que tiene un puntaje que va de 41 a 205. Se reportó que el componente más alto fue la valoración de las emociones (reparación) con una media de 41.84 ($DE = 1.51$) y el más bajo la utilización de emociones (claridad) con una media de 22.26 ($DE = 5.01$), mientras que el resultado obtenido para inteligencia emocional global fue una media de 150.57 ($DE = 19.10$). La relación de inteligencia emocional con los conocimientos y habilidades del cuidado se encontró positiva ($\beta = .590; p = .001$), para con esto concluir que el personal de enfermería con puntuaciones altas de inteligencia emocional tiene mejores conductas de cuidado con sus pacientes.

Najafpour et al. (2020) realizaron su estudio con el objetivo de evaluar la relación entre inteligencia emocional y calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los pacientes en hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, Irán. La muestra fue de 300 enfermeras y 270 pacientes. Las herramientas de recopilación de datos incluyeron el cuestionario de inteligencia emocional estandarizado y el cuestionario de evaluación de la calidad del hospital.

En la inteligencia emocional se encontró que la global obtuvo una media de 3.2 ($DE = 0.6$); la dimensión conciencia social (claridad) fue la más alta con una media de 3.9 ($DE = 0.7$) y la automotivación (atención) la más baja con una media de 3.02 ($DE = 0.9$); la percepción de la calidad del cuidado reportó una media de 3.3

($DE = 0.06$). No se encontró relación entre la inteligencia emocional y la calidad de los servicios.

Gelkop et al. (2021) desarrollaron una investigación en Israel con el objetivo de evaluar y comparar las percepciones de inteligencia emocional, seguridad y calidad de atención de los padres de niños hospitalizados y enfermeras, y examinar la asociación entre inteligencia emocional, compasión, seguridad y calidad de atención entre enfermeras. La muestra fue conformada por 71 enfermeras y 80 padres. Los datos fueron recolectados mediante el uso de instrumentos para medir la seguridad y calidad de la atención en la sala, inteligencia emocional y compasión.

Se reportó la inteligencia emocional desde la percepción de las enfermeras con una media de 5.33 ($DE = 0.61$); respecto a la calidad de atención desde la perspectiva de las enfermeras se obtuvo una media de 3.97 ($DE = 0.46$) y de los padres fue de 4.23 ($DE = 0.46$); se encontró que la antigüedad laboral de enfermería tuvo un efecto negativo significativo sobre la calidad de la atención ($\beta = -.289$; $p = .021$), donde a menor número de años laborados mayor calidad de atención. Además no se encontró asociación entre inteligencia emocional y calidad del cuidado.

En resumen, los estudios relacionados muestran que la inteligencia emocional y la calidad del cuidado se encuentran poco abordadas en conjunto, dando un área de oportunidad importante para profundizar en el tema y su relevancia tanto profesional como social. Son muy pocos los países donde se han estudiado; en México sólo existe un artículo que incluye las dos variables, pero se utilizan otros instrumentos y en la calidad se considera solo la perspectiva del paciente (Morales-Castillejos et al., 2020).

En cuanto a la relación de la inteligencia emocional con la calidad del cuidado se ha encontrado una discrepancia ya que Gelkop et al. (2021) y Najafpour et al. (2020) no encontraron relación alguna, mientras que Khademi et al. (2021) y Morales-Castillejos et al. (2020) concuerdan en que si existe una relación positiva. En inteligencia emocional se identificó que el nivel educativo del personal puede influir; la calidad del

cuidado del personal de enfermería se asocia con la antigüedad laboral y en los pacientes existe diferencia según las características personales de nivel educativo y ocupación (Khademi et al., 2021).

Definición de Términos

Inteligencia emocional: autoevaluación del personal de enfermería sobre el manejo de sus emociones al otorgar el cuidado a los pacientes con enfermedades crónicas, considera el factor atención al atender los sentimientos eficazmente, claridad al comprender los estados emocionales y reparación al regular las emociones. Se midió con el instrumento escala de rasgo de metaconocimiento emocional de Fernández et al (2004).

Calidad del cuidado: opinión de las enfermeras(os) y de los pacientes con enfermedades crónicas sobre el cuidado otorgado y recibido, respectivamente de acuerdo con el cuidado psicológico individual, cuidados psicosociales grupales, cuidado físico, cuidados generales, comunicación e implicaciones profesionales. Se midió con la escala del cuidado de calidad del paciente (Wandelt & Ager, 1974).

Características personales: Cualidades que poseen los participantes para identificarlos de los demás, incluye nivel educativo, antigüedad laboral y ocupación. Nivel educativo corresponde al grado académico concluido por el personal de enfermería y por el paciente; se clasifica en enfermería general y licenciatura en enfermería, así como básico, medio y superior, respectivamente. Antigüedad laboral corresponde al número de años que ha trabajado el personal de enfermería en el hospital donde se realizó el estudio. Ocupación es la actividad que desempeña cotidianamente el paciente, se clasifica en empleado y desempleado. Las características personales se registraron en dos cédulas de datos, del personal de enfermería y de los pacientes, respectivamente.

Objetivo General

Determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Objetivos Específicos

1. Describir las características personales e inteligencia emocional del personal de enfermería.
2. Identificar la diferencia en la inteligencia emocional según nivel educativo del personal de enfermería.
3. Describir las características personales de los pacientes con enfermedades crónicas.
4. Describir la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas.
5. Describir la relación de la calidad del cuidado del personal de enfermería y la antigüedad laboral.
6. Identificar la diferencia en la calidad del cuidado según el nivel educativo y ocupación de los pacientes con enfermedades crónicas.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se señala la metodología. Se incluye el diseño de estudio, la población, muestra y muestreo, los criterios de inclusión, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos, para responder los objetivos de la investigación.

Diseño de Estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo correlacional; este diseño permite describir las características personales y de las variables del estudio, identificar las relaciones entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado; así como la diferencia de estas dos variables de acuerdo con las características personales de enfermería y de los pacientes. Es de tipo transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento (Polit & Beck, 2021).

Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio estuvo conformada por el personal de enfermería y los pacientes con enfermedades crónicas, de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua. La muestra fue calculada a través del paquete computacional G*Power versión 3.1 (Faul et al., 2009), para el personal de enfermería se consideró un análisis de correlación con un nivel de significancia de .05, una potencia del 90% y un efecto mediano de 0.4 (Cohen, 1988), dando un total de 61 enfermeros(as). Para los pacientes se consideró un análisis de correlación con un nivel de significancia de .05, una potencia del 90% y un efecto mediano de 0.3 (Cohen, 1988), dando un total de 140 pacientes. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia hasta completar la muestra de enfermeros(as) y pacientes.

Criterios de Inclusión

Se incluyó al personal de enfermería que otorga atención directa a los pacientes de los servicios de hospitalización de cirugía 1, cirugía 2 y medicina interna, que se encontraba laborando al momento de la recolección de los datos y que de acuerdo con la literatura tuviera mínimo un año de antigüedad laboral en la institución. Para los pacientes se consideró que fueran mayores de edad, que padecieran al menos una enfermedad crónica como diabetes mellitus, hipertensión, insuficiencia renal crónica, enfermedades del corazón, pulmonares y artritis; además, que tuvieran 48 horas como mínimo de internamiento.

Instrumentos de Medición

Para perfilar las características de la población se diseñaron dos cédulas de datos personales, una dirigida al personal y otra a los pacientes; en ambas se plasmaron la edad en número de años cumplidos, el sexo en términos de masculino y femenino, además para el personal de enfermería nivel educativo (enfermería general o con licenciatura), número de años de educación profesional y de antigüedad laboral; y de los pacientes nivel educativo (básico, medio o superior), número de años de educación, días de internamiento y enfermedades crónicas que padecían.

Para medir la inteligencia emocional se utilizó la escala de rasgo de metaconocimiento emocional, instrumento de medición creado por Salovey et al. (1995) en idioma inglés; traducido, adaptado y validado en México por Fernández et al. (2004) versión reducida y modificada que evalúa tres dimensiones: atención, claridad y reparación. Consta de 24 ítems, es una escala tipo Likert con una valoración del 1 a 5, donde el 1 = nada de acuerdo, 2 = algo de acuerdo, 3 = bastante de acuerdo, 4 = muy de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo.

El puntaje de las tres dimensiones se obtuvo al hacer la sumatoria de las 8 preguntas correspondientes, oscila en cada una de ellas entre 8 y 40 puntos y se clasifica en tres categorías con puntaje diferentes para hombres y mujeres. El factor atención con

ítems 1 al 8, se clasifica en debe mejorar su atención: presta poca atención (hombres < 21; mujeres < 24), adecuada (hombres 22 a 32; mujeres 25 a 35) y debe mejorar su atención: presta demasiada atención (hombres > 33; mujeres > 36).

El factor claridad con ítems 9 a 16, corresponde a debe mejorar su comprensión (hombres < 25; mujeres < 23), adecuada comprensión (hombres 26 a 35; mujeres 24 a 34) y excelente comprensión (hombres > 36; mujeres > 35); el factor reparación con ítems 17 al 24, incluye debe mejorar su regulación (ambos sexos < 23), adecuada regulación (hombres 24 a 35; mujeres 24 a 34) y excelente regulación (hombres > 36; mujeres > 35).

Se considera que los puntajes altos en los factores de claridad y de reparación son adecuados; sin embargo, con el factor de atención, el obtener una puntuación alta puede significar un estado de hipervigilancia de las emociones y sensaciones; la escala de rasgo de metaconocimiento emocional no concluye con una puntuación global, lo cual se tomó en cuenta al analizar e interpretar los datos y resultados después de su aplicación.

Las propiedades psicométricas de la versión española muestran que para cada factor, la consistencia interna es aceptable ($\alpha = .90$ para atención; $\alpha = .90$ para claridad y $\alpha = .86$ para reparación) y la fiabilidad test-retest es adecuada (atención $\alpha = .60$; claridad $\alpha = .70$ y reparación $\alpha = .83$). Un ejemplo de pregunta es, “presto mucha atención a los sentimientos”. Las opciones de respuesta se miden en una escala tipo Likert del 1 al 5 que va de nada de acuerdo a totalmente de acuerdo.

Para medir la calidad del cuidado se utilizó la escala del cuidado de calidad del paciente (QUALPACS), la cual reporta un coeficiente Alpha de Cronbach de .97 (Sabzianpur & Soraya, 2019). Consta de un total de 60 reactivos, divididos en cinco dimensiones; el cuidado psicológico individual con 15 ítems, cuidado físico 15 ítems, cuidados generales 15 ítems, comunicación 8 ítems y las implicaciones profesionales 7 ítems, con una escala tipo Likert con una valoración del 0 al 4 que va del cuidado más

deficiente al mejor cuidado, además de la opción de no aplica o no observado. La puntuación tiene un rango de 0 a 240, donde 0-136 se interpreta como desagradable, de 137-204 parcialmente desagradable y de 205-240 agradable.

El índice que se maneja es que a mayor puntaje mayor calidad del cuidado (Khademi et al., 2021). Un ejemplo de pregunta para el personal de enfermería es, “la enfermera otorga total atención al paciente”, mientras que para el paciente es, “el paciente recibe total atención de la enfermera”. Las opciones de respuesta van en una escala tipo Likert del 0 al 4, 0 = el cuidado más deficiente, 1 = más deficiente que el cuidado promedio, 2 = promedio, 3 = mejor que el cuidado promedio y 4 = el mejor cuidado; así mismo, se puede seleccionar si no aplica o no se observó.

Para la aplicación del instrumento que mide la calidad del cuidado, se llevó a cabo un proceso de traducción del inglés al español por un traductor oficial y se verificó su consistencia y adecuación con la versión en inglés, lo que permitió obtener una versión en español, que fue la que se aplicó al personal de enfermería y los pacientes participantes de la investigación.

Procedimiento de Recolección de Datos

El estudio fue sometido a revisión por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez que fue aprobado se solicitó la autorización en la institución hospitalaria y cuando la respuesta fue afirmativa se acudió al área de jefatura de enfermería para solicitar el censo del personal de enfermería y de los pacientes y se seleccionó a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Posteriormente se acudió los servicios de cirugía 1, cirugía 2 y medicina interna con cada enfermero(a) y se les invitó a participar en la investigación. Para ello, se le dio a conocer el objetivo del estudio y en qué consistía su participación; se le hizo saber que la información sería estrictamente confidencial y su participación voluntaria; que, en caso de querer dejar de participar en el estudio, lo podría hacer sin ninguna represalia.

Así mismo, que los resultados se darían de forma general. Se le preguntó si aceptaba participar; si su respuesta fue afirmativa, se le solicitó la firma del consentimiento informado para el personal de enfermería (Apéndice A); así mismo, se le cuestionó si deseaba contestar en ese momento o prefería otro horario y se apegó en lo posible a sus necesidades. Cabe señalar que se acudió en un horario que no interfería con sus actividades de cuidado programadas.

Respecto a los pacientes, una vez seleccionados se abordó a cada uno y se les solicitó participar en el estudio; es importante señalar que se les dio a conocer el objetivo de este, en palabras que fueran comprensibles para ellos; se le explicó que su participación consistía en contestar una cédula de datos y un cuestionario que mide la calidad del cuidado de enfermería.

Se le señaló que los datos serían manejados en estricta confidencialidad, que su participación sería voluntaria y que podría retirarse del estudio sin ninguna repercusión en su contra. Se le preguntó si aceptaba participar y si su respuesta fue afirmativa, se le solicitó la firma del consentimiento informado para el paciente (Apéndice B); así mismo, si deseaba contestar en ese momento o prefería otro horario y se apegó lo más posible a ello. Es importante destacar que se acudió en un horario que no interfería con la realización de sus cuidados.

Una vez acordado el tiempo de su participación, se acudió a aplicar los instrumentos. A todos los participantes del estudio se les dieron instrucciones de la forma en que se debían llenar la cédula de datos y los instrumentos correspondientes; así como el tiempo estimado para contestarlos (5 minutos de la cédula de datos y 15 minutos por cada uno de los cuestionarios). Los participantes contestaron la cédula de datos del personal de enfermería (Apéndice C) y la cédula de datos del paciente (Apéndice D), respectivamente. Posteriormente, en cada área, con ausencia de otro personal y de pacientes, el personal de enfermería respondió la escala de rasgo de metaconocimiento emocional (Apéndice E) y la escala del cuidado de calidad del

paciente: perspectiva de enfermería (Apéndice F). Respecto a los pacientes, para favorecer la privacidad se cerró el biombo y se les aplicó la escala del cuidado de calidad del paciente (Apéndice G). Al finalizar la aplicación se agradeció a cada uno de los participantes del estudio.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Gobernación, 2014) donde se establecen los aspectos éticos que se consideraron para garantizar la protección de la confidencialidad y dignidad de los participantes; específicamente en los siguientes apartados.

De acuerdo al Artículo 13, que establece que en toda investigación se debe actuar en un ambiente de respeto, dignidad, protección de los derechos y el bienestar. En el presente estudio se respetaron las decisiones de los participantes y se protegieron la dignidad y los derechos del personal de enfermería y de los pacientes.

De acuerdo al Artículo 14, Fracciones V, VI, VII y VIII, este estudio contó con un consentimiento informado para los participantes y con dictamen favorable de los Comités de Ética en Investigación; así como de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; el investigador principal contaba con los conocimientos necesarios para realizar el presente estudio. Cabe señalar que la recolección de datos se hizo, una vez que fue autorizada por la institución donde se realizó el estudio.

Así mismo del Artículo 16, se consideró que los datos fueran manejados en estricta confidencialidad y se protegió la privacidad del personal de enfermería y de los pacientes. Por lo que no se pidieron datos personales de los participantes y se les brindó un espacio privado para contestar los cuestionarios.

Del Artículo 17, Fracción I, se tomó en cuenta que la investigación se considera sin riesgo, ya que no existió ninguna intervención intencionada en las variables

fisiológicas, psicológicas o sociales, tanto del personal de enfermería como de los pacientes, únicamente se aplicaron los cuestionarios para medir las variables del estudio.

Además el Artículo 20 y el Artículo 21, Fracciones I, IV, VI, VII y VIII, se aplicaron al brindar un consentimiento informado al personal de enfermería y otro a los pacientes, en los cuales se explicó con claridad el desarrollo de la investigación a todos los participantes; se les entregó de forma escrita e incluía objetivos, justificación, riesgos y beneficios, así como una explicación clara y completa de la forma en que se iba a desarrollar la investigación, la cual fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia y con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación; así como con la libertad de los participantes de retirar su consentimiento en cualquier momento.

El Artículo 22, resalta la importancia de la formulación por escrito del consentimiento informado que fue elaborado por el investigador principal, incluyendo firma del participante, así como nombre, firma y dirección de dos testigos y se le ofreció un duplicado del mismo, que fue evaluado por los comités correspondientes para su aprobación y aplicación.

Por último, del Capítulo V, de la Investigación de Grupos Subordinados, los Artículos 57 y 58, Fracción I y II estipulan que la participación del personal de Enfermería es voluntaria, no debe estar influenciada por ninguna autoridad y cuentan con la libertad y comprensión de retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener algún tipo de repercusión en su persona o desarrollo profesional. Así mismo, los resultados son presentados de forma general con la finalidad de no generar ningún daño o perjuicio en su situación laboral.

Estrategia de Análisis de Datos

Para el procesamiento de los datos se procedió a su captura y análisis a través del paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, para macOS. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el

coeficiente Alpha de Cronbach. Para describir las características personales se empleó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de variabilidad para variables continuas. Para verificar la distribución de normalidad de las variables de estudio se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors; y de acuerdo a los resultados se utilizó estadística no paramétrica.

Para responder al objetivo general: determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua y para el objetivo específico 5: describir la relación de la calidad del cuidado del personal de enfermería y la antigüedad laboral, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Para dar respuesta a los objetivos específicos 1: describir las características personales e inteligencia emocional del personal de enfermería, 3: describir las características personales y la calidad del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y 4: describir la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas.

Para los objetivos específicos 2: identificar la diferencia en la inteligencia emocional según nivel educativo del personal de enfermería y 6: identificar la diferencia en la calidad del cuidado según el nivel educativo y ocupación de los pacientes con enfermedades crónicas, se utilizaron las pruebas estadísticas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio. En primer lugar, se muestran las características de la población participante, posterior a ello la confiabilidad de los instrumentos aplicados al personal y a los pacientes, después los hallazgos de las variables inteligencia emocional y calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes; y por último, la diferencia y relación de estas dos variables.

Características de la Población de Estudio

Respecto al personal de enfermería, en la tabla 1 se muestra que predominó el sexo femenino con 80.3%. La media de edad fue de 36.03 años ($DE = 7.37$), los años de educación profesional fueron de 4.73 ($DE = 0.92$) y de antigüedad laboral de 9.46 ($DE = 6.39$). Se puede observar que el mayor porcentaje del personal cuenta con licenciatura en enfermería (73.8%), el turno laboral con más participación fue el nocturno con un 45.9%.

Tabla 1

Características del personal de enfermería

| Características | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | |
|------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
| Edad | 36.03 | 35.00 | 7.37 | 25 | 54 |
| Nivel educativo (años) | 4.73 | 5.00 | 0.92 | 3 | 8 |
| Antigüedad laboral | 9.46 | 8.00 | 6.39 | 1 | 26 |
| | | <i>f</i> | | <i>%</i> | |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | | 49 | | | 80.3 |
| Masculino | | 12 | | | 19.7 |

Continúa

Características del personal de enfermería (continuación)

| | <i>f</i> | % |
|--------------------|----------|------|
| Nivel educativo | | |
| Enfermería general | 16 | 26.2 |
| Licenciatura | 45 | 73.8 |
| Turno laboral | | |
| Matutino | 8 | 13.1 |
| Vespertino | 15 | 24.6 |
| Nocturno | 28 | 45.9 |
| Jornada acumulada | 10 | 16.4 |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo;

Max = máximo; *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 61

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los pacientes, la edad tuvo un promedio de 54.48 años (*DE* = 13.40), respecto a los años de escolaridad la media se ubicó en 7.76 (*DE* = 3.04) y en los días de internamiento fue de 3.01 (*DE* = 1.44).

Tabla 2*Características sociodemográficas de los pacientes*

| Características | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | |
|------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
| Edad | 54.48 | 51.50 | 13.40 | 24 | 91 |
| Nivel educativo (años) | 7.76 | 9.00 | 3.04 | 1 | 17 |
| Días de internamiento | 3.01 | 3.00 | 1.44 | 2 | 12 |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo;

Max = máximo; *n* = 140

Con relación a las características personales de los pacientes en la tabla 3 se observa que predominó el sexo femenino con 57.9%, en el nivel educativo la mayor proporción cuenta con el básico con 80.7%, respecto a la ocupación el mayor porcentaje

se encuentra desempleado con un 55.7% y de las enfermedades que predominaron fue en primer lugar la hipertensión arterial con 18.9%, seguida de diabetes mellitus con 16.9%, así como la presencia de éstas dos enfermedades con 15.4%.

Tabla 3

Características personales de los pacientes

| Características | <i>f</i> | % |
|---|----------|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 81 | 57.9 |
| Masculino | 59 | 42.1 |
| Nivel educativo | | |
| Básico | 113 | 80.7 |
| Medio | 25 | 17.9 |
| Superior | 2 | 1.4 |
| Ocupación | | |
| Empleado | 62 | 44.3 |
| Desempleado | 78 | 55.7 |
| Enfermedad(es) crónica(s) | | |
| Diabetes mellitus | 34 | 16.9 |
| Hipertensión arterial | 38 | 18.9 |
| Insuficiencia renal crónica | 15 | 7.5 |
| Enfermedad cardiovascular | 8 | 4.0 |
| Diabetes mellitus + hipertensión arterial | 31 | 15.4 |
| Artritis y/o EPOC | 14 | 7.0 |

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 140

Confiabilidad de los Instrumentos

En la tabla 4 se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la cual se calculó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Se encontró que para la inteligencia emocional oscila entre .75 a .91, mientras que para la calidad del cuidado de .85 a .95, lo cual se considera aceptable (Polit & Beck, 2021).

Tabla 4*Consistencia interna de los instrumentos*

| Instrumento | Número de ítems | Alpha de Cronbach |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|
| Inteligencia emocional global | 24 | .91 |
| Atención emocional | 8 | .75 |
| Claridad emocional | 8 | .90 |
| Reparación emocional | 8 | .86 |
| Calidad del cuidado | | |
| Personal de enfermería | 60 | .95 |
| Pacientes | 60 | .85 |

Nota. $n = 201$

Inteligencia Emocional del Personal de Enfermería

En la tabla 5 se muestran los resultados de inteligencia emocional del personal de enfermería, de forma global se obtuvo una media de 95.86 ($DE = 10.99$), la dimensión reparación obtuvo el puntaje más alto con una media de 33.24 ($DE = 4.43$) y la atención el puntaje más bajo con un promedio de 30.04 ($DE = 4.10$).

Tabla 5*Inteligencia emocional global y por dimensiones*

| Inteligencia emocional | M | Mdn | DE | Valor | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | Min | Max |
| Inteligencia emocional global | 95.86 | 96.00 | 10.99 | 70 | 117 |
| Atención | 30.04 | 30.00 | 4.10 | 21 | 38 |
| Claridad | 32.57 | 32.00 | 4.77 | 18 | 40 |
| Reparación | 33.24 | 33.00 | 4.43 | 20 | 40 |

Nota. M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; Min = mínimo;

Max = máximo; $n = 61$

De acuerdo con la clasificación de los resultados de la inteligencia emocional por dimensión, en la tabla 6 se muestra que el mayor porcentaje corresponde a adecuada en las tres dimensiones, atención (77%), claridad (64%) y reparación (64%). El 23% del

personal de enfermería debe mejorar en la primera dimensión por prestar poca o demasiada atención a sus emociones.

Tabla 6

Clasificación de los resultados de la inteligencia emocional por dimensiones

| Dimensión | <i>f</i> | % |
|---|----------|------|
| Atención | | |
| Debe mejorar su atención: presta poca atención | 7 | 11.5 |
| Atención adecuada | 47 | 77.0 |
| Debe mejorar su atención: presta demasiada atención | 7 | 11.5 |
| Claridad | | |
| Debe mejorar su comprensión | 3 | 4.9 |
| Adecuada comprensión | 39 | 64.0 |
| Excelente comprensión | 19 | 31.1 |
| Reparación | | |
| Debe mejorar su regulación | 1 | 1.6 |
| Adecuada regulación | 39 | 64.0 |
| Excelente regulación | 21 | 34.4 |

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 61

Calidad del Cuidado desde la Perspectiva del Personal de Enfermería y de Pacientes con Enfermedades Crónicas

Para responder al objetivo específico cuatro, describir la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas; en la tabla 7 se muestra que el puntaje más alto con un promedio de 224.62 (*DE* = 17.42) corresponde al personal de enfermería.

Tabla 7*Calidad del cuidado desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes*

| Participante | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | |
|------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
| Personal de enfermería | 224.62 | 229.00 | 17.42 | 135 | 240 |
| Paciente | 215.25 | 218.50 | 12.74 | 161 | 247 |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo;

Max = máximo; *n* = 201

En la tabla 8 se presentan los resultados de la calidad del cuidado por dimensión desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas. El personal obtuvo los promedios más altos en las dimensiones cuidado psicológico individual (*M* = 54.16, *DE* = 4.53), cuidado físico (*M* = 58.34, *DE* = 4.29), cuidados generales (*M* = 56.06, *DE* = 4.92) e implicaciones profesionales (*M* = 26.13, *DE* = 2.83), mientras que la dimensión comunicación fue mayor en los pacientes (*M* = 32.21, *DE* = 2.30).

Tabla 8*Calidad del cuidado por dimensión desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes*

| Dimensiones | Participante | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | |
|--------------------------------|------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
| Cuidado psicológico individual | Personal de enfermería | 54.16 | 54.00 | 4.53 | 35 | 60 |
| | Pacientes | 52.70 | 54.00 | 4.55 | 38 | 64 |
| Cuidado físico | Personal de enfermería | 58.34 | 60.00 | 4.29 | 33 | 62 |
| | Pacientes | 56.76 | 58.00 | 3.93 | 45 | 63 |

Continúa

Calidad del cuidado por dimensión desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes (continuación)

| Dimensiones | Participante | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | |
|-----------------------------|------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
| Cuidados generales | Personal de enfermería | 56.06 | 57.00 | 4.92 | 37 | 60 |
| | Pacientes | 50.63 | 52.00 | 5.17 | 33 | 63 |
| Comunicación | Personal de enfermería | 29.91 | 31.00 | 3.21 | 16 | 32 |
| | Pacientes | 32.21 | 34.00 | 2.30 | 25 | 35 |
| Implicaciones profesionales | Personal de enfermería | 26.13 | 27.00 | 2.83 | 14 | 28 |
| | Pacientes | 22.93 | 23.50 | 2.60 | 11 | 28 |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* = máximo; *n* = 201

Al analizar la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas, en la tabla 9 se muestra que para ambos grupos predominó agradable, con 90.2% y 77.1%, respectivamente. El 22.9% de los pacientes reporta la calidad del cuidado parcialmente desagradable.

Tabla 9

Clasificación de la calidad de cuidado desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes

| Participante/Clasificación | <i>f</i> | % |
|----------------------------|----------|-----|
| Personal de enfermería | | |
| Desagradable | 1 | 1.6 |
| Parcialmente desagradable | 5 | 8.2 |

Continúa

Clasificación de la calidad de cuidado desde la perspectiva de enfermería y de los pacientes (continuación)

| Participante/Clasificación | <i>f</i> | % |
|----------------------------|----------|------|
| Agradable | 55 | 90.2 |
| Paciente | | |
| Parcialmente desagradable | 32 | 22.9 |
| Agradable | 108 | 77.1 |

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 201

Prueba de Normalidad de las Variables de Estudio

En la tabla 10 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de las variables del estudio correspondientes al personal de enfermería, se observa que únicamente la inteligencia emocional global tuvo distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas.

Tabla 10

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en personal de enfermería

| Variable | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | | <i>D^a</i> | <i>p</i> |
|-------------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|----------------------|----------|
| | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> | | |
| Inteligencia emocional global | 95.86 | 96.00 | 10.99 | 70 | 117 | .057 | .200 |
| Calidad del cuidado | 224.62 | 229.00 | 17.42 | 135 | 240 | .256 | .001 |
| Antigüedad laboral | 9.46 | 8.00 | 6.39 | 1 | 26 | .155 | .001 |
| Años de educación profesional | 4.73 | 5.00 | .92 | 3 | 8 | .253 | .001 |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo;

Max = máximo; *D^a* = prueba de normalidad; *p* = significancia estadística; *n* = 61

La tabla 11 contiene los datos de la prueba de normalidad para las variables del estudio correspondientes a los pacientes, se muestra que ninguna tuvo distribución normal, por lo tanto, para el análisis inferencial se utilizó estadística no paramétrica.

Tabla 11

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en pacientes

| Variable | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor | | <i>D^a</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|----------------------|----------|
| | | | | <i>Min</i> | <i>Max</i> | | |
| Calidad del cuidado | 215.25 | 218.50 | 12.74 | 161 | 247 | .121 | .001 |
| Años de escolaridad | 7.76 | 9.00 | 3.04 | 1 | 17 | .180 | .001 |
| Días de internamiento | 3.01 | 3.00 | 1.44 | 2 | 12 | .273 | .001 |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo;

Max = máximo; *D^a* = prueba de normalidad; *p* = significancia estadística; *n* = 140

Diferencias entre las Variables del Estudio

Para dar respuesta al objetivo específico dos, identificar la diferencia en la inteligencia emocional según nivel educativo del personal de enfermería, en la tabla 12 se muestra que no se encontró diferencia ($U = 285.50, p = .222$). La mediana más alta corresponde al nivel educativo de enfermería general con 100.

Tabla 12

Prueba U de Mann Whitney para inteligencia emocional según nivel educativo de enfermería

| Inteligencia emocional global | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------------|----------|------------|-----------|----------|----------|
| Nivel educativo de los profesionales | | | | | |
| Enfermería general | 98.00 | 100.00 | 10.36 | 285.50 | .222 |
| Licenciatura | 95.11 | 95.00 | 11.22 | | |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *U* = U de Mann Whitney;

p = significancia estadística; *n* = 61

Para dar respuesta al objetivo específico seis, identificar la diferencia en la calidad del cuidado según el nivel educativo y ocupación de los pacientes con enfermedades crónicas, se presenta la tabla 13, donde se muestra que la calidad del

cuidado no tiene diferencia con el nivel educativo ($H = .987, p = .611$), ni con la ocupación de los pacientes con enfermedades crónicas ($U = 2283, p = .571$). En nivel educativo se observa que la mediana más alta se ubicó en el básico con 219 y en ocupación en empleado con 219.50.

Tabla 13

Prueba H de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney para calidad del cuidado según nivel educativo y ocupación de los pacientes

| Calidad del cuidado | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>H</i> | <i>p</i> |
|----------------------------------|----------|------------|-----------|----------|----------|
| Nivel educativo de los pacientes | | | | | |
| Básico | 215.42 | 219.00 | 12.83 | .987 | .611 |
| Medio | 214.40 | 216.00 | 12.56 | | |
| Superior | 216.50 | 216.50 | 17.67 | | |
| | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
| Ocupación del paciente | | | | | |
| Empleado | 215.60 | 219.50 | 13.28 | 2283 | .571 |
| Desempleado | 214.81 | 215.50 | 12.12 | | |

Nota. *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *H* = prueba de Kruskal-Wallis; *U* = U de Mann Whitney; *p* = significancia estadística; *n* = 140

Relación entre las Variables del Estudio

En el presente estudio se encontró que la calidad del cuidado de enfermería no se relaciona con la inteligencia emocional ($r_s = .130, p = .317$), ni con la antigüedad laboral del personal ($r_s = -.046, p = .725$).

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado del personal de enfermería; identificar la inteligencia emocional de acuerdo con su nivel educativo; así como la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Respecto a las características del personal de enfermería se encontró que predominó el sexo femenino, con grado de licenciatura, que labora en el turno nocturno, con una edad mínima de 25 y máxima de 54 años, educación profesional de 3 a 8 años y antigüedad laboral de 1 a 26 años.

La inteligencia emocional del personal de enfermería obtuvo un puntaje alto; al analizarla por dimensiones la más alta corresponde a reparación seguida de claridad. El resultado de reparación concuerda con Khademi et al. (2021), Morales-Castillejos et al. (2020) y Taylan et al. (2019); así mismo, pudiera atribuirse a que en esta dimensión se hace referencia a regular los estados emocionales; el personal de enfermería por lo general trata de realizar su trabajo y otorgar el cuidado correspondiente sin que los sentimientos influyan, esto debido a la naturaleza de la profesión en la cual se les prepara para atender a los pacientes sin externar las emociones.

En cuanto a claridad, los hallazgos difieren con Khademi et al. (2021), Najafpour et al. (2020) y Taylan et al. (2019). Este resultado pudiera atribuirse a que el personal de enfermería brinda atención al paciente independientemente de sus emociones, esta dimensión incluye la capacidad de conocer las emociones e integrarlas en el pensamiento diario.

De acuerdo con análisis de los resultados por dimensiones, la atención, claridad y reparación se encontraron adecuadas. Este hallazgo concuerda con Abarca et al.

(2021) y Ordoñez-Rufat et al. (2021) en las dimensiones de claridad y reparación; sin embargo, difiere en la dimensión de atención, donde ellos identificaron la clasificación correspondiente a que el personal de enfermería debe mejorar por prestar poca atención a sus emociones. Este resultado es importante de considerar; al respecto, Lampreia et al. (2023) argumentan que todos los profesionales de enfermería deben contar con inteligencia emocional por ser una competencia esencial. Debido a que en todas las instituciones de salud prevalece una alta demanda de cuidados que genera sobrecarga emocional en el personal, esta competencia le permite responder tanto a sus necesidades como a las de sus pacientes asignados (Abarca et al. 2021; Bock, 2020; Chao et al., 2015; Veliz, 2018); lo que contribuye a otorgar una mejor atención (Wang et al., 2018).

No se encontró diferencia en la inteligencia emocional y el nivel educativo del personal de enfermería. Este resultado difiere de lo reportado por Khademi et al. (2021), quienes identificaron que el nivel educativo del personal de enfermería es el predictor más alto de la inteligencia emocional. Este hallazgo pudiera explicarse debido al análisis de los datos del presente estudio, solo se consideraron los años de escolaridad de formación profesional, no el total de años de estudio; es decir primaria, secundaria y preparatoria; dado que la inteligencia emocional se desarrolla de acuerdo con las vivencias y experiencias adquiridas a lo largo de la vida.

Por otro lado, Bock et al. (2020), afirman que los programas educativos de enfermería, tanto de nivel técnico, como profesional no incluyen esta temática en sus contenidos; por lo tanto, los egresados no desarrollan esta competencia y una vez que se insertan al mercado laboral carecen de herramientas para el manejo de sus emociones.

En cuanto a la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal y de los pacientes con enfermedades crónicas fue percibida con mayor puntaje por el personal de enfermería. Este resultado coincide con lo reportado por Jamsahar et al. (2020), Khademi et al. (2021) y Stolt et al. (2019) y pudiera atribuirse a que el personal de

enfermería, por lo general, al cumplir con las actividades de cuidado establecidas para sus pacientes considera que su desempeño fue de calidad.

Respecto a que los pacientes con enfermedades crónicas obtuvieron un menor puntaje en la calidad del cuidado, pudiera explicarse de acuerdo a lo que señalan Khademi et al. (2021); quienes establecen que este grupo poblacional transita de ser un receptor del cuidado a tener un rol activo en la evaluación de la calidad de atención; debido a que por la propia evolución de su enfermedad, que requiere atención constante, tiene experiencia previa y sus expectativas se han incrementado; por lo cual evalúan la calidad en todos los aspectos que conocen y acorde a sus demandas de atención.

De acuerdo con la clasificación de resultados de calidad del cuidado, que establece desagradable, parcialmente desagradable y agradable, en el presente estudio la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas se considera agradable. Este hallazgo pudiera atribuirse a que la institución donde se realizó el estudio cuenta con certificación; por lo tanto, trabaja en la mejora continua para responder a los estándares solicitados; involucra al personal de enfermería a quien le solicita un mayor compromiso para lograr los objetivos; además, aborda de manera permanente a los pacientes para identificar aspectos que contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

Al analizar la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal y de los pacientes con enfermedades crónicas por dimensiones, el personal de enfermería obtuvo las puntuaciones más altas en cuatro de las cinco dimensiones: el cuidado psicológico individual, cuidado físico, cuidados generales e implicaciones profesionales. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Khademi et al. (2021) en las dimensiones cuidado psicológico individual y cuidado físico.

Estos resultados pudieran atribuirse a que en la dimensión de cuidado físico el personal de enfermería califica de mejor manera los cuidados, ya que se centra en la ejecución de todas las actividades técnicas debido a que es supervisado para medir el

cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos (Díaz et al., 2020); esto hace que el personal califique más alto la dimensión implicaciones profesionales. En la dimensión de cuidado psicológico individual, los pacientes no manifiestan todas sus necesidades y, por lo tanto, la enfermera no le atiende al respecto; por lo cual, existe la oportunidad de indagar sobre otras necesidades, en esta dimensión destacan las espirituales; en la dimensión cuidados generales, las necesidades familiares, laborales y de su vida diaria; las cuales contribuyen a una mejor recuperación.

Los pacientes con enfermedades crónicas reportaron más alta la dimensión comunicación en comparación con el personal de enfermería. Este resultado pudiera atribuirse a que el paciente desde su perspectiva de receptor del cuidado, al considerar que padece una enfermedad crónica, posee conocimientos de su manejo y pudiera percibir que hay comunicación con el personal porque recibe toda la información que necesita con un lenguaje adecuado y claro; cuando en realidad comprende y conoce los cuidados que debe hacer, porque ha tenido una atención continua.

Este hallazgo difiere de lo encontrado por Díaz et al. (2020) y por Khademi et al. (2021). Díaz et al. (2020) en su estudio identificaron que una alta proporción de pacientes manifestó la necesidad de mejorar la comunicación con los enfermeros que estaban a cargo de sus cuidados. Afirman que es esencial que el personal mejore este aspecto con la finalidad de que el paciente comprenda su plan de cuidado hospitalario y pueda implementarlo posterior a su egreso. Por lo tanto, se enfatiza la oportunidad de incentivar al personal de enfermería a establecer una comunicación efectiva con sus pacientes.

En cuanto a la calidad del cuidado del personal de enfermería con la antigüedad laboral no se encontró relación. Este hallazgo difiere a lo reportado por Gelkop et al. (2021) quienes identificaron que a menos años de laborar existe una mayor percepción de calidad del cuidado de enfermería. Este resultado pudiera atribuirse a que siete de cada 10 participantes tienen menos de una década de trabajo en la institución; sin

embargo, existe variabilidad que oscila de 1 a 26 años, lo que hace que el mismo personal comparta sus experiencias y formas de trabajo acorde a los protocolos establecidos para cumplir con los estándares solicitados por el hospital.

Al respecto, Lafuente-Robles et al. (2019) recomiendan a las instituciones de salud establecer estrategias que permitan tener equipos de trabajo de enfermería conformados por personal con diferentes años de antigüedad laboral; señalan que es prioritario asegurarse que en todos los servicios de enfermería sea incluido personal con menor antigüedad, debido a que ellos otorgan cuidados actualizados y basados en evidencia científica para contribuir a un cuidado holístico que permita responder a las necesidades de la población.

Así mismo, este hallazgo contrasta con lo señalado por Moura et al. (2020), quienes mencionan que es mejor contar con enfermeros con mayor antigüedad laboral, ya que ellos han desarrollado las habilidades requeridas para enfrentar los desafíos del servicio donde se encuentran ejerciendo su profesión; a diferencia de los enfermeros principiantes, quienes pueden presentar dificultades para otorgar sus cuidados de forma satisfactoria, debido a la falta de experiencia, al desconocimiento de los protocolos establecidos en la institución y al miedo o inseguridad que comúnmente se observan al iniciar el desarrollo profesional.

Respecto a la calidad del cuidado según el nivel educativo y la ocupación del paciente con enfermedades crónicas no se encontró diferencia, lo cual puede atribuirse a que la mayor parte de los participantes tienen un nivel educativo básico y son desempleados. Este resultado difiere a lo reportado por Khademi et al. (2021) quienes encontraron el puntaje más alto de calidad percibida por los pacientes de nivel educativo bajo y de ocupación de estudiantes.

Por último, no se encontró relación de la inteligencia emocional con la calidad del cuidado del personal de enfermería, lo que concuerda con los hallazgos de Gelkop et al. (2021) y Najafpour et al. (2020). Por otro lado, difiere de lo encontrado por Khademi

et al. (2021), Morales-Castillejos et al. (2020) y Taylan et al. (2019); lo cual se puede atribuir a distintos factores como el entorno hospitalario al ser un hospital pequeño de segundo nivel de atención, las características del personal como nivel educativo y los instrumentos de medición.

La inteligencia emocional y la calidad del cuidado son aspectos elementales que deben ser considerados en todas las instituciones de salud; se requiere implementar medidas que promuevan el desarrollo de la inteligencia emocional para favorecer la satisfacción del personal y de los pacientes. Además, es esencial identificar las áreas de oportunidad para mejorar la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y del paciente.

Al respecto, Luengo-Martínez et al. (2021) mencionan que es importante considerar ambas perspectivas debido a que los participantes del proceso de cuidado tienen las experiencias previas y conocimientos sobre la atención. Conocer la perspectiva del personal de enfermería y del paciente permite centrarse en el desarrollo de mejoras en la atención acorde a las necesidades reportadas por quien otorga y recibe el cuidado, respectivamente (Ruiz-Cerino et al., 2021).

Conclusiones

En el personal de enfermería predominó el sexo femenino, con licenciatura. En cuanto a la inteligencia emocional las tres dimensiones están en la categoría adecuada, la más alta corresponde a reparación seguida de claridad.

En los pacientes la mayor proporción corresponde al sexo femenino, con nivel educativo básico, ocupación desempleados y las enfermedades crónicas que padecen principalmente son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y ambas enfermedades.

La calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas se encontró con una puntuación mayor en el personal; los resultados obtenidos para los dos grupos poblacionales corresponden a la categoría agradable. Las dimensiones cuidado psicológico individual, cuidado físico,

cuidados generales e implicaciones profesionales obtuvieron una mayor puntuación en el personal de enfermería, mientras que la dimensión comunicación fue mayor en los pacientes con enfermedades crónicas.

No se encontró diferencia significativa en la inteligencia emocional según el nivel educativo del personal de enfermería.

Respecto a la calidad del cuidado, no se encontró relación con la antigüedad laboral del personal de enfermería; ni diferencia según el nivel educativo y ocupación de los pacientes con enfermedades crónicas.

No se encontró relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Recomendaciones

Para la investigación

Realizar estudios que permitan profundizar y ampliar el conocimiento sobre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería y de los pacientes con enfermedades crónicas, debido a que en México hasta el momento existe poca literatura.

Realizar estudios de intervención que permitan medir el efecto de la inteligencia emocional en la calidad del cuidado; así como favorecer el desarrollo de las competencias del personal de enfermería para responder a sus demandas de atención y a las de sus pacientes.

Replicar el estudio en instituciones de salud con diferentes niveles de atención, así como de carácter privado para realizar comparaciones de los resultados y conocer variables que pueden ser de interés para desarrollar la inteligencia emocional y mejorar la calidad del cuidado del personal de enfermería.

Para la práctica

Capacitar al personal de enfermería en el desarrollo de su inteligencia emocional con la finalidad de que se sienta mejor a nivel personal y profesional para participar activamente en la mejora continua de la calidad del cuidado.

Establecer protocolos centrados en la calidad del cuidado de enfermería con la finalidad de promover la atención estandarizada a los pacientes con enfermedades crónicas, que les permita incrementar la satisfacción.

Referencias

- Abarca, Y., Apaza, Y., Carrillo, G. y Espinoza, T. (2021). Inteligencia emocional y satisfacción laboral en enfermeras de un Hospital Regional en Arequipa. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000100003&script=sci_arttext&tlng=pt#B9
- Al-Hamdan, Z., Alyahia, M., Al-Maaitah, R., Alhamdan, M., Faouri, I., Al-Smadi, A. & Bawadi, H. (2021). The relationship between emotional intelligence and nurse–nurse collaboration. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(5), 615-622. <https://doi.org/10.1111/jnu.12687>
- Avilés, C., Galletta, M., Chessa, E., Melis, P., Contu, P. & Jimenez, M. (2019). Caring efficacy: nurses' perceptions and relationships with work-related factors. *Acta Biomédica*, 90(11), 74-82. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8684>
- BarOn, R. (1997). Development of the BarOn EQ-I: A measure of emotional and social intelligence. 105th Annual Convention of the American Psychological Association in Chicago.
- Benito, S. y Díaz, M. (2018). Inteligencia emocional como factor influyente del estrés en enfermería el poder de las emociones. Universidad Autónoma de Madrid. <http://hdl.handle.net/10486/684680>
- Bock, L. (2020). Nurse characteristics and the effects on quality. *Nursing Clinics of North America*, 55(1), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.10.007>
- Chao, M., Chih-Ting, S. & Shu-Fen, H. (2015). Nurse occupational burnout and patient-rated quality of care: the boundary conditions of emotional intelligence and demographic profiles. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(1), 156-165. <https://doi.org/10.1111/jjns.12100>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (second edition). Lawrence Erlbaum Associates, publishers.

<https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>

Crowne, K., Young, T., Goldman, B, Patterson, B., Krouse, A. & Proenca, J. (2017).

Leading nurses: emotional intelligence and leadership development effectiveness. *Leadership in Health Services*, 30(3).

<http://dx.doi.org/10.1108/LHS-12-2015-0055>

Díaz, A., Villanueva, I. y Martínez, J. (2020). Habilidades sociales de comunicación en

el cuidado humanizado de enfermería: un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Escola Anna Nery*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>

Espinoza, M. (2018). Relación entre la capacidad emocional y el cuidado que brinda las enfermeras en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2017.

Revista Científica CURAE, 1(2), 2-17.

<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1022#:~:text=Concluyen%20No%20existe%20relaci%C3%B3n%20entre,de%20Spearman%20%3D%20%2D%200.79%20y%20una>

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y

diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMSS. *Ansiedad y Estrés*, 11(2), 101-122.

https://www.researchgate.net/publication/230887045_Inteligencia_emocional_percibida_y_diferencias_individuales_en_el_meta-conocimiento_de_los_estados_emocionales_Una_revisión_de_los_estudios_con_el_TMMS

Faul, F., Buchner, A., Erdfelder, E. & Albert-Georg, L. (2009). Statical power analyses

using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior*

Research Methods, 41, 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>

- Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., Reynaldos, K. y Canales, M. (2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3). <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Gelkop, C., Kagan, I. & Rozani, V. (2021). Are emotional intelligence and compassion associated with nursing safety and quality care? A cross-sectional investigation in pediatric settings. *Journal of Pediatric Nursing*, 62. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.020>
- Giménez-Espert, M., Valero-Moreno, S. & Prado-Gascó, V. (2019). Evaluation of emotional skills in nursing using regression and QCA models: a transversal study. *Nurse Education Today*, 74, 31-37. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718310761?via%3Dihub>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Dinámica de la población*. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=19>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020, 01 de octubre). *El INEGI presenta resultados de la quinta edición de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem_Nal20.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021, 24 de enero). *Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2021 (preliminar)*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>

- Jamsahar, M., Khaki, S., Esmeilpour, S. & Mashouf, S. (2020). Comparison of quality of nursing care from the perspective of nurses and patients. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 5(4).
<http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-285-en.html>
- Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S. & Mohammadian, R. (2021). Emotional intelligence and quality of nursing care: a need for continuous professional development. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4).
http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19
- Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M., Morales-Asencio, J. y Ramos-Morcillo, A. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>
- Lampraia, C., Correia, P., Caldeira, S., Rabiais, I. y Madureira, M. (2023). Inteligencia emocional de enfermeras de cuidados críticos: scoping review. *Enfermería Clínica*, 33(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.04.001>
- Luengo-Martínez, C., Paravic-Klijn, J. y Burgos-Moreno, T. (2021). Influencia de las condiciones de trabajo en la percepción de la calidad del cuidado de los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 30(1-2).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100008&lng=es&tlng=en
- Mayer, J., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
[https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- Morales-Castillejos, L., García-Verónica, Y. y Landeros-Olvera, E. (2020). Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. *Revista Cuidarte*, 11(3). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.98>

- Moura, L., Camponogara, S., Santos, J., Gasparino, R., Silva, R. y Freitas, E. (2020). Empoderamiento estructural de enfermeros en el entorno hospitalario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3915.3373>.
- Najafpour, J., Keshmiri, F., Rahimi, S., Bigdeli, Z., Niloofar, P. & Homauni, A. (2020). Effect of emotional intelligence on the quality of nursing care from the perspectives of patients in educational hospitals. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 8(1), 37-43. <https://dx.doi.org/10.22038/psj.2020.41216.1233>
- Navas, M. y López, J. (2021). Cuidados de enfermería en pacientes crónicos en el área de emergencia: una revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 5(6). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1190
- Nightingale, S., Spiby, H. & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
- Norman, I. & Redfern, S. (1995). The validity of QUALPACS. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1174-1181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03120.x>
- Ordoñez-Rufat, P., Polit-Martínez, M., Martínez-Estalella, G. y Videla-Ces, S. (2021). Inteligencia emocional de las enfermeras de cuidados intensivos en un hospital terciario. *Enfermería Intensiva*, 32(3), 125-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2020.05.001>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, 11 de agosto). *Servicios sanitarios de calidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=La%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 13 de abril). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Petrides, K. & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (2), 552–569. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00019.x>
- Phillips, J., Lalokas, M., Christian, R., Harris, J. & Hinton, E. (2021). Emotional intelligence in nurse managers as it relates to staff nurse job satisfaction and retention: a scoping review. *Joanna Briggs Institute Evidence Synthesis*, 19 (12), 3238-3267. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00299>
- Polit, D. & Beck, C. (2021). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (eleven edition). Wolters Kluwer.
- Secretaría de Gobernación. (2014, 02 de abril). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
- Ruiz-Cerino, J., Tamariz-López, M., Méndez-González, L., Torres-Hernández, L. y Duran-Badillo, T. (2020). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *SANUS*, 14, 1-9. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.174>
- Sabzianpur Z. & Soraya, N. (2019). Effect of spiritual intelligence on quality of nursing care of educational and treatment hospitals in Hamadan. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 27(1), 18-24. <https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.1.18>
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality. *Baywood*, 9(3), 185-211. <https://doi:10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg>

- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C. & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, Disclosure & Health*, 125-154.
<https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Secretaría de Gobernación. (2013, 02 de septiembre). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.. Diario Oficial de la Federación.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- Secretaría de Gobernación. (2018, 23 de octubre). Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-identificación, análisis y prevención. Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Secretaría de Salud. (2020). Veinte principales causas de enfermedad en Nuevo León, por grupos de edad, Estados Unidos Mexicanos 2020, población general.
https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2020/principales/estatal_grupo/nl.pdf
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J. y Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2018-19*. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Soto-Rubio, A; Giménez-Espert, M & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks of burnout, job satisfaction, and nurses' health during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217998>

- Stolt, M., Katajisto, J., Kottorp, A. & Leino-Kilpi, H. (2019). Measuring quality of care: a rash validity analysis of the Good Nursing Care Scale. *Jornal of Nursing Care Quality*, 34(4), E1-E6. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000391>
- Taylan, S., Ozkan, I. & Sahin, G. (2019). Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: a descriptive study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 734-746. <https://doi.org/10.1111/ppc.12608>
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, (4), 129-160. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>
- Veliz, A., Doner, A., Soto, A., Reyes, J. y Ganga, F. (2018). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *Medisur*, 16(2), 259-266. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200009&lng=es&tlng=es.
- Wandelt, M. & Ager, J. (1974). *Quality Patient Care Scale* (1st. Ed). Appleton-Century-Crofts y New York.
- Wang, L., Tao, H., Bowers, B., Brown, R. & Zhang, Y. (2018). When nurse emotional intelligence matters: how transformational leadership influences intent to stay. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 358-365. <https://doi.org/10.1111/jonm.12509>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado para el personal de enfermería

Título de proyecto: Inteligencia emocional y calidad del cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas

Estudiante: L.E. Ana Laura Castillo Meza

Director de Tesis: MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Introducción y objetivo del estudio

La Licenciada en Enfermería Ana Laura Castillo Meza, estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado “Inteligencia emocional y calidad del cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas”, me ha informado que mi participación y los resultados obtenidos serán utilizados con fines científicos y para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Descripción del estudio / Procedimiento

Se me ha invitado a participar en este estudio dirigido a profesionales de enfermería que laboran en el ámbito clínico proporcionando cuidado directo. Se recolectará la información hasta completar un tamaño de muestra de 61 participantes. Si deseo participar en el estudio se me pedirá que firme este consentimiento informado, que conteste una cédula de datos y se me aplicarán dos cuestionarios, uno para conocer la inteligencia emocional con la que cuento y otro para medir la percepción de la calidad del cuidado que brindo. El tiempo de llenado es de aproximadamente de 5 minutos para la cédula de datos y 15 minutos para cada cuestionario.

La información que proporcione será anónima y confidencial, se me informó que aun firmando este consentimiento podré retirarme del estudio en el momento que lo

deseo y esto no afectará la situación ni relación laboral. Así mismo, podré contestar los cuestionarios en un tiempo que no afecte mis actividades laborales y/o personales.

Riesgos del estudio

Se me ha explicado que no existe ningún riesgo al participar en el estudio; sin embargo, en caso de que me sienta incómodo(a) durante el llenado de los cuestionarios, puedo suspender y posteriormente continuar participando cuando lo desee sin que esto afecte mi situación laboral.

Beneficios esperados

Se me hizo saber que los resultados obtenidos del estudio ayudarán a ampliar y profundizar el conocimiento para que los administradores de enfermería tengan bases para diseñar estrategias que fomenten la inteligencia emocional y la calidad del cuidado de enfermería mediante un programa de mejora de las condiciones de trabajo en base a las necesidades del personal con el objetivo de garantizar la calidad y seguridad de la atención, dando un enfoque holístico a los cuidados, tanto para quien los recibe como para quien los brinda. No existe un beneficio económico por mi participación, por ello la decisión de participar es voluntaria.

Compromiso del investigador

Se aclararán dudas en caso de presentarse alguna antes, durante y/o después de mi participación o puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería (UANL) en un horario de 9:00 am a 5:00 pm, con el responsable de la Secretaría de Investigación al teléfono 81 83 48 89 43 o con el presidente del Comité de Ética en Investigación al teléfono 83 48 8 47, dirección Gonzalitos 1500 Norte. Col. Mitras Centro, Monterrey; Nuevo León.

Los cuestionarios serán resguardados por un periodo de 12 meses, posteriormente serán eliminados.

Firma

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Testigo 2

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Ana Laura Castillo Meza

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice B

Consentimiento informado para el paciente

Título de proyecto: Inteligencia emocional y calidad del cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas

Estudiante: L.E. Ana Laura Castillo Meza

Director de Tesis: MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Introducción y objetivo del estudio

La Licenciada en Enfermería Ana Laura Castillo Meza, estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado “Inteligencia emocional y calidad del cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas”, me ha informado que mi participación y los resultados obtenidos serán utilizados con fines científicos y para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad del cuidado desde la perspectiva del personal de enfermería de un hospital público de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Descripción del estudio / Procedimiento

Se me ha invitado a participar en este estudio dirigido a pacientes hospitalizados que cuenten con una o más enfermedades crónicas y tengan mínimo 48 horas de internamiento. Se recolectará la información hasta completar un tamaño de muestra de 140 participantes. Si deseo participar en el estudio se me pedirá que firme este consentimiento informado y se me aplicará una cédula de datos personales como edad, sexo, nivel educativo, fecha de ingreso al hospital y ocupación. También contestaré un cuestionario que medirá la percepción que tengo sobre la calidad del cuidado recibido. El tiempo de llenado es de aproximadamente de 5 minutos para la cédula de datos y 15 minutos para el cuestionario.

La información que proporcione será anónima y confidencial, se me informó que aun firmando este consentimiento podré retirarme del estudio en el momento que lo desee y esto no afectará a mi persona. Así mismo, podré contestar los cuestionarios en un tiempo que no interfiera con mis cuidados programados.

Riesgos del estudio

Se me ha explicado que no existe ningún riesgo al participar en el estudio; sin embargo, en caso de que me sienta incómodo(a) durante el llenado de los cuestionarios, puedo suspender y posteriormente continuar participando cuando lo desee.

Beneficios esperados

Se me hizo saber que los resultados obtenidos del estudio ayudarán a ampliar y profundizar el conocimiento para que los administradores de enfermería tengan bases para diseñar estrategias que fomenten la inteligencia emocional del personal de enfermería y la calidad del cuidado mediante un programa de mejora de las condiciones de trabajo en base a las necesidades del personal con el objetivo de garantizar la calidad y seguridad de la atención, dando un enfoque holístico a los cuidados, tanto para quien los recibe como para quien los brinda. No existe un beneficio económico por mi participación, por ello la decisión de participar es voluntaria.

Compromiso del investigador

Se aclararán dudas en caso de presentarse alguna antes, durante y/o después de mi participación o puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería (UANL) en un horario de 9:00 am a 5:00 pm, con el responsable de la Secretaría de Investigación al teléfono 81 83 48 89 43 o con el presidente del Comité de Ética en Investigación al teléfono 83 48 8 47, dirección Gonzalitos 1500 Norte. Col. Mitras Centro, Monterrey; Nuevo León.

Los cuestionarios serán resguardados por un periodo de 12 meses, posteriormente serán eliminados.

Firma

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Testigo 2

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Ana Laura Castillo Meza

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice C

Cédula de datos del personal de enfermería

Folio _____

1. Edad _____ años**2. Sexo** Femenino ___ Masculino ___**3. Nivel educativo**

Enfermería general _____

Licenciatura en enfermería _____

4. Educación profesional _____ años**5. Antigüedad laboral** _____ años en esta institución**6. Turno laboral**

Matutino _____

Vespertino _____

Nocturno _____

Jornada acumulada _____

Apéndice D
Cédula de datos del paciente

Folio ____

1. Edad ____ años

2. Sexo Femenino ____ Masculino ____

3. Nivel educativo

Básico ____

Medio ____

Superior ____

4. Educación formal _____ años (contados a partir de primer grado de primaria)

5. Ocupación

Empleado ____

Desempleado ____

6. Días de internamiento _____

Enfermedad(es) crónica(s) que padece

Diabetes mellitus ____

Hipertensión arterial ____

Insuficiencia renal crónica ____

Enfermedad cardiovascular ____

Artritis ____

EPOC ____

Apéndice E

Escala rasgo de metaconocimiento emocional

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

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

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Presto mucha atención a los sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Normalmente me preocupo mucho por lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Pienso que vale la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Pienso en mi estado de ánimo constantemente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | A menudo pienso en mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Presto mucha atención a cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Tengo claros mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Frecuentemente puedo definir mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Casi siempre sé cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Normalmente conozco mis sentimientos sobre las | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| | personas. | | | | | |
| 13. | A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Siempre puedo decir cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | A veces puedo decir cuáles son mis emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Puedo llegar a comprender mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Me preocupo por tener un buen estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Tengo mucha energía cuando me siento feliz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Cuando estoy enfadado (a) intento cambiar mi estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Apéndice F

Escala del cuidado de calidad del paciente: perspectiva de enfermería

Instrucciones: Lea cada una de las frases y selecciona UNA de las siete alternativas, la que sea más apropiada para usted, seleccionando el número (del 0 al 4) que corresponde a la respuesta que escogió según sea su caso, N/A no aplica o N/O no se observó. Marque con una X la casilla correspondiente.

Si alguna de las frases no tiene que ver con Usted, igualmente responda teniendo en cuenta cómo se sentiría, pensaría o actuaría si estuviera en esa situación. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Responda honesta y sinceramente de acuerdo a cómo es Usted, NO como le gustaría ser, no como le gustaría que otros lo vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor asegúrese de responder a TODAS las oraciones.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
|------------------------|--|----------|-------------------------------|-----------------------|-----------|---------------|
| Cuidado más deficiente | Más deficiente que el cuidado promedio | Promedio | Mejor que el cuidado promedio | Totalmente de acuerdo | No aplica | No se observó |

| Cuidado psicológico individual – Acciones dirigidas a satisfacer necesidades psicosociales de los pacientes individuales (15 puntos). | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 1 | El paciente recibe total atención de la enfermera. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 2 | El paciente recibe la oportunidad de explicar sus pensamientos y sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 3 | Se trata al paciente de forma amable, gentil y amigable. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 4 | Se responde al comportamiento inapropiado del paciente de forma terapéutica. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 5 | Se toma acción apropiada con el paciente en respuesta a ansiedad o angustia prevista o manifiesta. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 6 | El paciente recibe explicación y seguridad verbal cuando lo necesita. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 7 | El paciente recibe atención de los enfermeros sin implicarse con alguno de ellos en una forma no terapéutica. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 8 | Se le trata al paciente como miembro de una familia y de la sociedad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 9 | El paciente recibe atención para sus necesidades espirituales por gestiones del personal de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 10 | El paciente que rechaza o exige atención a sus necesidades espirituales continúa recibiendo aceptación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 11 | El paciente recibe un cuidado basado en el respeto y la dignidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 12 | Se promueven los cuidados de salud respetando la personalidad del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 13 | Se crea una atmósfera de confianza, respeto y aceptación en todo el personal de enfermería más que una de poder, prestigio y autoridad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 14 | Se eligen temas apropiados de conversación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 15 | Al paciente inconsciente o sin sentido de orientación se le cuida con el mismo trato respetuoso que al paciente consciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Cuidado físico – Acciones dirigidas a satisfacer necesidades físicas de los pacientes (15 puntos). | | | | | | | | |
| 16 | Los procedimientos de enfermería se adaptan de manera que satisfagan las necesidades de cada paciente para su tratamiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 17 | Se cumplen las necesidades diarias de higiene del paciente para su limpieza y apariencia física aceptables. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 18 | Los procedimientos de enfermería se usan como medios para la interacción y comunicación con el paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 19 | Tanto los síntomas físicos como los cambios físicos se identifican y se toma la acción apropiada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 20 | Se responde de forma inmediata y apropiada a la angustia física manifestada por el paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 21 | Se anima al paciente a que descanse y realice los ejercicios apropiados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 22 | Se anima al paciente a tomar una dieta adecuada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 23 | Se toma acción para satisfacer las necesidades del paciente para una hidratación adecuada y eliminación de la misma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 24 | Se identifican los cambios en el estado físico y psicológico de los pacientes debidos a medicamentos y se realiza la medida apropiada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 25 | Cuando se presenta alguna alteración en el estado del paciente debido a la medicación se actúa de acuerdo con el efecto que el medicamento tiene en el paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 26 | Se realiza la higiene personal del paciente y de su medio ambiente inmediato. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 27 | Se realizan la asepsia médica y curaciones durante los tratamientos y procedimientos establecidos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 28 | Se mantiene un medio ambiente que brinda al paciente una sensación de seguridad y de estar a salvo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 29 | Se realizan las medidas de seguridad para evitar que el paciente se dañe a sí mismo o a los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 30 | Se realizan las técnicas establecidas para la administración segura de medicamentos y fluidos parenterales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Cuidados generales – Acciones que pueden dirigirse hacia la satisfacción tanto de las necesidades psicosociales como de las físicas de los pacientes o ambas al mismo tiempo (15 puntos). | | | | | | | | |
| 31 | Recibe instrucciones el paciente conforme se necesitan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 32 | Se involucran el paciente y su familia en la planeación de los cuidados y del tratamiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 33 | Se protegen la dignidad del paciente y de su derecho a la privacidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 34 | Se ayuda al paciente a aceptar la dependencia/independencia como sea apropiado para su condición. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 35 | Se utilizan los recursos dentro de su medio para brindar al paciente las oportunidades para la resolución de sus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 36 | Se brinda al paciente libertad de elección de actividades de la vida diaria siempre que sea posible. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 37 | Se anima al paciente a tomar parte en las actividades de la vida diaria que estimulará su potencial para su crecimiento psicosocial positivo y movimiento hacia su independencia física. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 38 | Se adaptan las actividades a las capacidades físicas y mentales del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 39 | Se adapta el cuidado de enfermería a las demandas y evolución del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 40 | Se implementan actividades de distracción y/o de tratamiento de acuerdo a las capacidades y necesidades del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 41 | Se asiste y se anima al paciente a la movilización. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 42 | Se establecen las metas del cuidado de enfermería y se realizan las actividades, lo cual da reconocimiento y apoyo al plan de cuidados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 43 | Se establece interacción con los pacientes dentro del marco del plan terapéutico. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 44 | Se realiza la vigilancia continua del paciente con un mínimo de interrupciones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 45 | Es apropiada la respuesta al paciente en situaciones de emergencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Comunicación – La comunicación por parte del paciente (8 puntos). | | | | | | | | |
| 46 | Se comunican claramente ideas, hechos, sentimientos y conceptos sobre el paciente hablando al equipo de cuidado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 47 | Se brinda a la familia la oportunidad para una comunicación recíproca con el personal de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 48 | Se comunican ideas, hechos y conceptos sobre el paciente con claridad y de forma entendible. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 49 | Se establecen e incorporan planes de cuidado de enfermería bien desarrollados en tareas de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 50 | Se reportan de forma correcta los incidentes pertinentes al comportamiento del paciente durante la interacción con el personal. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 51 | El personal de enfermería participa en conferencias concernientes al cuidado del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 52 | Se establece una comunicación y relaciones buenas y eficaces con otras disciplinas dentro y fuera del hospital, para beneficio del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 53 | Las necesidades del paciente se satisfacen mediante el uso de referencias a los departamentos en el hospital y a otras agencias de la comunidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Implicaciones profesionales – Los cuidados que se brindan a los pacientes reflejan iniciativa y responsabilidad indicativas de las expectativas de los profesionales (7 puntos). | | | | | | | | |
| 54 | Sus decisiones reflejan conocimiento de los hechos y de buen juicio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 55 | La evidencia (hablada, conductual, registrada) se proporciona por el personal capacitado en la detección de problemas y necesidades de los pacientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 56 | Los cambios en el paciente y en los planes del cuidado reflejan una evaluación continua de los resultados del cuidado de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 57 | El personal es confiable: ejecuta con responsabilidad el cuidado del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 58 | El personal se mantiene informado de las condiciones de los pacientes asignados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 59 | El cuidado que se brinda al paciente refleja la flexibilidad en las reglas y reglamentos según lo indicado por las necesidades de cada paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 60 | La organización y administración de las actividades de enfermería reflejan la debida consideración a las necesidades del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

Apéndice G

Escala del cuidado de calidad del paciente

Instrucciones: Lea cada una de las frases y selecciona UNA de las siete alternativas, la que sea más apropiada para usted, seleccionando el número (del 0 al 4) que corresponde a la respuesta que escogió según sea su caso, N/A no aplica o N/O no se observó. Marque con una X la casilla correspondiente.

Si alguna de las frases no tiene que ver con usted, igualmente responda teniendo en cuenta cómo se sentiría, pensaría o actuaría si estuviera en esa situación. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Responda honesta y sinceramente de acuerdo a cómo es Usted, NO como le gustaría ser, no como le gustaría que otros lo vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor asegúrese de responder a TODAS las oraciones.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
|------------------------|--|----------|-------------------------------|-----------------------|------------|---------------|
| Cuidado más deficiente | Más deficiente que el cuidado promedio | Promedio | Mejor que el cuidado promedio | Totalmente de acuerdo | No aplica | No se observó |

| Cuidado psicológico individual – Acciones dirigidas a satisfacer necesidades psicosociales de los pacientes individuales (15 puntos). | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 1 | El paciente recibe total atención de la enfermera. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 2 | El paciente recibe la oportunidad de explicar sus pensamientos y sentimientos al personal de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 3 | El personal de enfermería trata al paciente de forma amable, gentil y amigable. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 4 | El personal de enfermería responde al comportamiento inapropiado del paciente de forma terapéutica. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 5 | El personal de enfermería toma acción apropiada con el paciente en respuesta a ansiedad o angustia prevista o manifiesta. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 6 | El paciente recibe explicación y seguridad verbal del personal de enfermería cuando lo necesita. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 7 | El paciente recibe atención de los enfermeros sin implicarse con alguno de ellos en una forma no terapéutica. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 8 | El personal de enfermería trata al paciente como miembro de una familia y de la sociedad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 9 | El paciente recibe atención para sus necesidades espirituales por gestiones del personal de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 10 | El paciente que rechaza o exige atención a sus necesidades espirituales continúa recibiendo aceptación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 11 | El paciente recibe un cuidado basado en el respeto y la dignidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 12 | Se promueven los de salud respetando la personalidad del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 13 | Se observa que todo el personal de enfermería se trata en un ambiente de confianza, respeto y aceptación más que uno de poder, prestigio y autoridad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 14 | Se eligen temas apropiados de conversación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 15 | Al paciente inconsciente o sin sentido de orientación se le cuida con el mismo trato respetuoso que al paciente consciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Cuidado físico – Acciones dirigidas a satisfacer necesidades físicas de los pacientes (15 puntos). | | | | | | | | |
| 16 | Los procedimientos de enfermería se adaptan para satisfacer sus necesidades de tratamiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 17 | Se cumplen las necesidades diarias de higiene para su limpieza y apariencia física. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 18 | Durante los procedimientos el personal de enfermería interactúa y se comunica con el paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 19 | El personal de enfermería identifica tanto los síntomas físicos como los cambios físicos y toma la acción apropiada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 20 | Si manifiesta angustia física el personal de enfermería responde de forma inmediata y apropiada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 21 | Se le anima a que descanse y realice los ejercicios apropiados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 22 | Se le anima a tomar una dieta adecuada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 23 | Se toma acción para satisfacer sus necesidades de hidratación adecuada y eliminación de la misma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 24 | La enfermera identifica los cambios en el estado físico y psicológico debidos a medicamentos y realiza la medida apropiada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 25 | Cuando se presenta alguna alteración en el estado del paciente debido a la medicación el personal actúa de acuerdo con el efecto del medicamento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 26 | El personal de enfermería realiza su higiene personal y del medio ambiente inmediato. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 27 | El personal de enfermería realiza la asepsia médica y curaciones durante los tratamientos y procedimientos establecidos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 28 | Se mantiene un medio ambiente que le brinde una sensación de seguridad y de estar a salvo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 29 | Se utilizan las medidas de seguridad para evitar que se dañe a sí mismo o a los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 30 | Se realizan las técnicas establecidas para la administración segura de medicamentos y fluidos parenterales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Cuidados generales – Acciones que pueden dirigirse hacia la satisfacción tanto de las necesidades psicosociales como de las físicas de los pacientes o ambas al mismo tiempo (15 puntos). | | | | | | | | |
| 31 | Recibe instrucciones conforme se necesitan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 32 | Usted y su familia se involucran en la planeación de los cuidados y el tratamiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 33 | Se protegen su dignidad y su derecho a la privacidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 34 | Se le ayuda a aceptar la dependencia/independencia como sea apropiado para su condición. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 35 | Los recursos dentro de su medio se utilizan para brindarle las oportunidades para la resolución de sus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 36 | Se le brinda libertad de elección de actividades de la vida diaria siempre que sea posible. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 37 | Se le anima a tomar parte en actividades de la vida diaria que estimulará su potencial para su crecimiento psicosocial positivo y movimiento hacia su independencia física. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 38 | Las actividades se adaptan a sus capacidades físicas y mentales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 39 | El cuidado de enfermería se adapta a sus demandas y evolución. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 40 | Se implementan actividades de distracción y/o de tratamiento de acuerdo a sus capacidades y necesidades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 41 | Se le asiste y se le anima a la movilización. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 42 | El personal de enfermería establece metas de cuidado y realiza actividades, lo cual da reconocimiento y apoyo al plan de cuidados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 43 | La interacción entre el personal y usted está dentro del marco del plan terapéutico. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 44 | El personal de enfermería realiza su vigilancia continua con un mínimo de interrupciones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 45 | La respuesta del personal de enfermería es apropiada en situaciones de emergencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Comunicación – La comunicación por parte del paciente (8 puntos). | | | | | | | | |
| 46 | Sus ideas, hechos, sentimientos y conceptos se comunican claramente al equipo de cuidado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 47 | Se brinda a su familia la oportunidad para una comunicación recíproca con el personal de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 48 | Sus ideas, hechos y conceptos se comunican claramente de forma entendible. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 49 | Se establecen e incorporan planes de cuidado de enfermería bien desarrollados en tareas de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 50 | Se reportan de forma correcta los incidentes pertinentes a su comportamiento durante la interacción con el personal. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 51 | El personal de enfermería participa en conferencias concernientes a su cuidado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 52 | El personal de enfermería establece una comunicación y relaciones buenas y eficaces con otras disciplinas dentro y fuera del hospital, para su beneficio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 53 | El personal de enfermería de acuerdo a sus necesidades hace referencia a los departamentos en el hospital y en la comunidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| Implicaciones profesionales – Los cuidados que se brindan a los pacientes reflejan iniciativa y responsabilidad indicativas de las expectativas de los profesionales (7 puntos). | | | | | | | | |
| 54 | Las decisiones del personal de enfermería reflejan conocimiento de los hechos y de buen juicio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 55 | El personal de enfermería evidencia que está capacitado para la detección de los problemas y necesidades del paciente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 56 | Los cambios en el paciente y en los planes del cuidado reflejan una evaluación continua de los resultados del cuidado de enfermería. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 57 | El personal de enfermería es confiable: ejecuta con responsabilidad sus cuidados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 58 | El personal de enfermería se mantiene informado de sus condiciones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 59 | El cuidado que se le brinda refleja la flexibilidad en las reglas y reglamentos según lo indicado por sus necesidades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |
| 60 | La organización y administración de las actividades de enfermería reflejan la debida consideración a sus necesidades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N/A | N/O |

Resumen Autobiográfico

Lic. Ana Laura Castillo Meza

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Ana Laura Castillo Meza, nacida el 01 de noviembre de 1997, en Cd. Cuauhtémoc, Chihuahua, hija de la Sra. Guadalupe Meza Batista y del Sr. Guadalupe Castillo Estrada.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez con el grado de Licenciado en Enfermería en la generación 2015-2019. Becaria del Consejo Nacional Humanidades Ciencias y Tecnologías para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el período 2021-2023.

Experiencia profesional: Pasante de Licenciatura en el hospital Dr. Javier Ramírez Topete de Cd. Cuauhtémoc, Chihuahua. Licenciada en Enfermería de la Clínica MARCEL de Cd. Anáhuac, Chihuahua, durante el período 2019-2021.

Reconocimientos: Primer lugar de la X generación de egresados de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, División Multidisciplinaria Cuauhtémoc.

Investigación: Durante sus estudios de maestría realizó una estancia de investigación en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Asociaciones: Integrante de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería (AMEENF) desde 2021, nombrada representante de la Oficina Estatal de Investigación División Chihuahua en 2022. Miembro activo de la Sociedad de Honor en Enfermería “Sigma Theta Tau International”, Capítulo Tau Alpha desde marzo 2022.

E-mail: AnaLaura.Castillo@outlook.com; laura.castillom@uanl.edu.mx