

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD EN
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS Y UNIVERSIDAD
CATOLICA BOLIVIANA UAC-PUCARANI.**

POR: GERALDINE NUÑEZ SORUCO

TUTORA: M.Sc. ALIDA HUAMAN VALDEZ

LA PAZ – BOLIVIA

Noviembre, 2019

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo amor y cariño.

A ti Dios por darme la oportunidad y vivir hoy nuevamente- gracias a él es todo posible.

A mi madre Cristina Soruco por haberme jofado como la persona que soy en la actualidad; mucho de mis logros se lo debo a ella por su apoyo y amor incondicional.

A mí querida Docente y gran maestra quien me inspira en alcanzar la excelencia académica Dra. María Lily Maric Palenque por su apoyo, cariño y encaminar mi vida.

A mi querido Docente Dr. Rene Calderón Jemio quien me apoyo de manera incondicional en el proceso de mi formación profesional, quien me enseñó el valor de la lealtad y amor a la carrera.

A mi querida Docente Mgs. Roció Peredo por haber confiado siempre en mis capacidades y haberme enseñado el valor de la paciencia, nobleza y el amor a la educación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco y siempre lo hare a DIOS, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza día a día.

Gracias a mi excelente tutora Mgs. Alida Huaman por haber guiado y encamindado en mi tesis.

Agradezco a mi querida Docente y tribunal Mgs.Gina Perez quien me ha enseñado y me acompaño en mi proceso de formación académica mostrando su apoyo y cariño incondicional en todo momento, como también a Lic. Adrián Cardozo por haber sido parte importante en mi formación académica.

Agradezco a la Universidad Mayor de San Andrés y la carrera de Psicología y quienes lo conforman por todo el cariño y el apoyo incondicional en todo momento.

A mis queridos amigos y compañeros por su lealtad y buenos deseos.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA	11
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4. HIPÓTESIS	18
1.5. JUSTIFICACIÓN	19
1. MARCO CONTEXTUAL	22
1.1 CARRERA DE ENFERMERIA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES	22
1.1.1. Historia	22
1.1.2. Misión.....	23
1.1.3. Visión	23
1.2 CARRERA DE ENFERMERIA UNIVERSIDAD CATOLICA BOLIVIANA U.A.C.- PUCARANI	24
1.2.1. Historia	24
1.2.2. Misión.....	25
1.2.3 Visión	25
2.1. INTELIGENCIA	25
2.1.1. La inteligencia	25
2.1.2 La emoción	27
2.1.2.1 Componentes de la emoción.....	28
2.1.2.1.1 Neurofisiológico	28
2.1.2.1.2 Comportamental	28
2.1.2.1.3 Cognitivo	29
2.1.2.2 Funciones de la emoción	30
2.1.2.2.1 Funciones adaptativas.....	30
2.1.2.2.2 Funciones sociales	30
2.1.2.2.2.3 Funciones motivacionales	31

2.1.2.3 Tipos de emoción.....	31
2.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL	31
2.2.1 Definición según varios autores.....	32
2.2.2 Origen y desarrollo histórico de la inteligencia emocional	34
2.2.3 Dimensiones de la inteligencia emocional.....	37
2.2.3.1 Primera competencia personal: Autoconocimiento emocional	38
2.2.3.2 Segunda competencia personal: Autocontrol	39
2.2.3.3 Tercera competencia personal: Motivación	41
2.2.3.4 Primera competencia social: Empatía	42
2.2.3.5 Segunda competencia social: Habilidades sociales	44
2.2.4 Control de la inteligencia emocional	45
2.2.5 Psicología e inteligencia emocional	47
2.3 ASERTIVIDAD	48
2.3.1 Definiciones	49
2.3.2 Componentes de la conducta asertiva	51
A. Conducta Asertiva.....	51
B. Componentes observables de la conducta Asertiva.	51
C. Componentes Cognitivos	52
D. Conducta no asertiva.....	53
CONDUCTA PASIVA.....	54
2.3.3 Tipos de Asertividad.....	55
2.3.4 Perfil de la persona asertiva	57
METODOLOGÍA	60
1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	60
1.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	60
1.2. TIPO DE INVESTIGACION	60
1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	60
1.4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	61
2.1 OPERALIZACION DE VARIABLES.....	61
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	63
2.1 POBLACION.....	63

2.3 MUESTRA	64
TAMAÑO DE MUESTRA	65
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	65
4.1 INSTRUMENTOS	65
5. PROCEDIMIENTO	68
DATOS PERSONALES	70
Cuadro 4.1: UNIVERSIDADES	70
Cuadro 4.2: SEXO DE LOS ESTUDIANTES.....	70
Cuadro 4.3. PARALELOS DE LOS ESTUDIANTES	71
Cuadro 4.4. EDAD DE LOS ESTUDIANTES.....	72
RESULTADOS UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS	73
Cuadro 4.5: Número de estudiantes de enfermería encuestados según sexo ...	73
Cuadro 4.6: Universidad Mayor de San Andrés: Número de estudiantes de la Carrera Enfermería encuestados según curso de la Carrera	73
Cuadro 4.7: Universidad Mayor de San Andres: Número de estudiantes de enfermería encuestados según rango de edad	74
Cuadro 4.8: Universidad Mayor de San Andrés: Resultados Atención Emocional en estudiantes de Enfermería Sexo Femenino - 2018	74
Cuadro 4.9 Universidad Mayor de San Andrés: Atención Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino.....	75
Cuadro 4.10 Universidad Mayor de San Andrés: Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino.....	76
Cuadro N°4.11 Universidad Mayor de San Andrés: – Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino.....	76
Cuadro 4.12 Universidad Mayor de San Andrés: Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino.....	77
Cuadro 4.13 Universidad Mayor de San Andrés: Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino.....	78
RESULTADOS ASERTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.....	78
Cuadro 4.14: Universidad Mayor de San Andrés – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en estudiantes de Enfermería.....	78
Cuadro 4.15 Universidad Mayor de San Andres – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en estudiantes de sexo femenino - Enfermería	79

Cuadro 4.16 Universidad Mayor de San Andres – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en estudiantes de sexo masculino - Enfermería	80
Cuadro 4.17 - Grado de Probabilidad de Respuesta – Indicador de Asertividad.....	80
Cuadro 4.18: Grado de Probabilidad de Respuesta – Indicador de Asertividad – Estudiantes de Enfermería - Sexo Femenino – Universidad Mayor de San Andres	81
Cuadro 4.19: - Grado de Probabilidad de Respuesta – Indicador de Asertividad – Estudiantes de Enfermería - Sexo Masculino – Universidad Mayor de San Andres	82
RESULTADOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA – UNIDAD ACADÉMICA CAMPESINA PUCARANI	82
Cuadro 4.20 : Universidad Católica Boliviana – UAC PUCARANI: Número de estudiantes de Enfermería encuestados según sexo	82
Cuadro 4.21 : Universidad Católica Boliviana: Número de estudiantes de la Carrera de Enfermería encuestados según curso de la Carrera	83
Cuadro 4.22 : Universidad Católica Boliviana – UAC Pucarani: Número de estudiantes de Enfermería encuestados según rango de edad	83
Cuadro 4.23 : Universidad Católica Boliviana – UAC Pucarani: Resultados Atención Emocional en estudiantes de Enfermería Sexo Femenino - 2018	84
Cuadro 4.24 : Universidad Católica Boliviana UAC Pucarani Atención Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino.....	85
Cuadro 4.25: Universidad Católica Boliviana– UAC Pucarani: Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino.....	85
Cuadro 4.26: Universidad Católica Boliviana UAC Pucarani – Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino.....	86
Cuadro 4.27: Universidad Católica Bolivia UAC Pucarani – Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino.....	87
Cuadro 4.28: Universidad Católica Boliviana UAC Pucarani – Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino.....	87
RESULTADOS ASERTIVIDAD – UNIDAD ACADÉMICA CAMPESINA UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA.....	88
Cuadro 4.29 UCB – UAC Pucarani – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en los estudiantes de Enfermería	88

Cuadro 4.30 : UCB – UAC Pucarani – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en los estudiantes de Enfermería sexo femenino	89
Cuadro N° 4.31 UCB – UAC Pucarani - Evaluación de Asertividad – Grado de Probabilidad de Respuesta Estudiantes de Enfermería	89
Cuadro 4.32 : UCB – UAC Pucarani - Evaluación de Asertividad – Grado de Probabilidad de Respuesta Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino	90
Cuadro 4.33 : UCB – UAC Pucarani - Evaluación de Asertividad – Grado de Probabilidad de Respuesta Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino	91
ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD – ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA - UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS.....	91
4.34 : Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería UMSA	91
4.35 : Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad - Estudiantes de Enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés	92
4.36 : Estadísticos Descriptivos – Estudiantes mujeres Enfermería UMSA....	92
4.37: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad	93
Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino - Universidad Mayor de San Andrés	93
4.38 : Estadísticos Descriptivos – Estudiantes Sexo Masculino – Enfermería UMSA.....	93
4.39: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad	94
Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino - Universidad Mayor de San Andrés	94
ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD – ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA – UNIDAD CAMPESINA – UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA	94
4.40: Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería Unidad Académica Campesina Pucarani – Universidad Católica Boliviana.....	94
4.41: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad	95
Estudiantes de Enfermería – Unidad Académica Campesina Pucarani - Universidad Católica Boliviana	95
4.42: Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino Unidad Académica Campesina Pucarani – Universidad Católica Boliviana	95
4.43: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad	96

Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino - Unidad Académica Campesina Pucarani - Universidad Católica Boliviana.....	96
4.44: Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino - Unidad Académica Campesina Pucarani – Universidad Católica Boliviana	96
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES.....	100
Bibliografía	102

RESUMEN

La presente investigación tiene como objeto de estudio estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés de carácter Público y urbano, que se ubica en la ciudad de La Paz y la Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani de carácter privado y rural ubicado en la provincia Los Andes de la ciudad de La Paz, con el propósito de determinar la relación existente entre inteligencia emocional y asertividad en ambas poblaciones. El enfoque utilizado en la investigación es cuantitativo, el tipo de diseño de la investigación es transversal correlacional, no experimental y la muestra probabilística.

El estudio se basó en 179 estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y 138 estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani, se utilizaron instrumentos de medición para ambas variables: Inventario de Inteligencia Emocional TMMS-24 e Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey los cuales tienen alto grado de confiabilidad

Los resultados y conclusiones más importantes indican que, no hay una relación significativa entre los componentes de la Inteligencia Emocional y asertividad, en ambos grupos de estudio, concluyendo que se confirma la hipótesis nula de la investigación. Finalmente se realizaron las respectivas conclusiones y recomendaciones que serán de aporte importante a futuras investigaciones y a la población estudiada.

“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS Y UNIVERSIDAD CATOLICA BOLIVIANA UAC-PUCARANI.”

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida al estudio de inteligencia emocional y asertividad en estudiantes universitarios de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani.

En la actualidad dentro las diversas profesiones que conforman el área de salud, se requiere de condiciones físicas y psicológicas relevantes para el desempeño laboral; tal es el caso, de enfermería que se ocupa principalmente de tener a su cuidado a personas enfermas y realizar tratamientos para restablecer la salud.

Las enfermeras /os están la mayor parte de su tiempo interactuando con los demás: equipo de salud (médicos, fisioterapeutas, bioquímicos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas), como también internos y residentes de medicina, enfermería, personal de limpieza, familiares y sobre todo pacientes internos y/ o ambulatorios. Para este grupo laboral, las relaciones con todos estos grupos humanos requiere el establecer continuamente relaciones sociales apropiadas.

El poseer habilidades sociales determina en gran medida la búsqueda de la eficiencia en el trabajo; sin embargo, conseguir que las relaciones interpersonales, la comunicación y el diálogo con el entorno sean naturales, espontáneos, claros, sin malentendidos ni conflictos, es más difícil de lo que a primera vista pudiera parecer; la dificultad e importancia del fenómeno radica, en que las relaciones con otros pueden ser el origen de las mejores satisfacciones o los mayores conflictos.

En Bolivia se han identificado a 28 Universidades que ofertan carreras en Ciencias de la Salud a nivel de pre-grado, de las que 56.0% corresponden a universidades del sistema privado. Se ha establecido que en el país funcionan 81 carreras de Ciencias de

la Salud a nivel licenciatura. Las carreras que son ofertadas en mayor proporción son: Medicina (24.7%), Odontología (23.5%) y Enfermería (21.0%). En el periodo comprendido entre 1995 al 2003 se han titulado un total de 20.326 profesionales en Ciencias de la Salud. Cuatro son las carreras que concentran más del 85% de los titulados: medicina (37.8%), odontología (19.7%), bioquímica-farmacología (18.0%) y licenciatura en enfermería (17.2%). Se ha establecido que 16 universidades presentan oferta de cursos de postgrado, con preeminencia del sistema público (68.7%). (BOLIVIA, 2007)

La profesión de Enfermería, fundamentalmente centrada en la relación de ayuda en el campo sanitario, necesita una serie de competencias sociales, tanto intra como interpersonales, para el ejercicio adecuado de su profesión, que forman parte del núcleo de la denominada inteligencia emocional (Dickson & Hargie, 1997). No sólo confirma sino que subraya la importancia concedida a este tipo de competencias para este ejercicio profesional. (Elias Castells, 2005)

En el proceso de formación académica de los enfermeros confluyen una serie de elementos, que van a condicionar de manera muy importante el futuro desempeño profesional del mismo. El más relevante, lo constituye sin duda, la institución educativa que avalará el título de licenciado en Enfermería, el programa de estudios, los componentes curriculares, las temáticas y las prácticas académicas a desarrollar (Ramos, 2015).

La percepción del modelo formativo de competencias profesionales destaca el desarrollo de algunas de las habilidades consideradas las más importantes destacándose: expresar; saludar, presentarse y despedirse, pedir un favor, disculparse, expresar y defender opiniones e integrarse en el grupo. Sin embargo, se refleja como insuficiente el aprendizaje de las habilidades sociales: responder al fracaso, recibir emociones ajenas y control emocional. Se priorizan los objetivos cognitivos, prestándole insuficiente atención al aprendizaje y desarrollo de actitudes y habilidades de contenido emocional que están en la base de las competencias sociales. (Ramos, 2015)

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

En marzo del 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) plantearon que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a las personas, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población.

Asimismo se destaca que las intervenciones de enfermería están basadas en “principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana” (Madden, 2001).

Ser un profesional de Enfermería implica cualidades muy especiales: “Fuerza para mantenerse frente al dolor de otros, imaginación crítica para adaptar a la organización de los servicios de salud, un entorno favorecedor del cuidado de las personas. Requiere, por tanto, de una preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y ayudar a suplir las necesidades de cuidado de cada individuo (Tomey, 2000).

Según (Bermejo, 2004) el bien intrínseco de la profesión es el cuidado, el cual exige al profesional de enfermería, tener un conjunto de conocimientos: el saber, la capacidad de llevarlos a cabo de modo adecuado: el saber hacer y un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre, el saber ser. El cuidado es una acción propia del profesional de enfermería y se define como la interacción que realiza con otras personas con el fin de promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer. Las afirmaciones teóricas de la naturaleza de la profesión de Enfermería sostienen que para que el cuidado sea de

calidad es necesario brindarlo dentro de una efectiva interacción. Por tanto la relación de ayuda que se establece con el usuario es una intervención de enfermería, una técnica humana comprendida en el marco de la competencia relacional de la profesión, esencial para alcanzar la excelencia del cuidado y la humanización de la salud, por lo que debe formar parte de la estructura que sostiene los conocimientos y valores adquiridos por lo profesionales de enfermería a través de su formación (Marriner A, 2004).

La mayor responsabilidad de la atención en los enfermos recae sobre las enfermeras, dado que los integrantes de los equipos de salud son las únicas en contacto constante durante largos periodos de tiempo con los enfermos y enfrentando situaciones agobiantes inclusive de muerte.

Al mismo tiempo la atención de enfermería que en muchos casos es deficiente por la sobre demanda de pacientes y falta de personal para la atención de los mismos , causando en las trabajadoras del área niveles de estrés alarmantes, provocando el síndrome del trabajador quemado o Burnout. Por lo mencionado, las enfermeras están expuestas a múltiples factores estresantes como ser: trabajo bajo presión, sobrecarga horaria, están sometidas a trabajos que necesitan un nivel alto de concentración y rutina, alta responsabilidad laboral.

Indudablemente el problema de la calidad de los trabajadores preocupa en la medida que se entiende que se vincula con la calidad de los sistemas de salud. Un estudio reciente llevado a cabo en los Estados Unidos desde la Universidad de Pensilvania, en 168 hospitales de ese país mostró que cuando en los hospitales aumenta un 10% la cantidad de enfermeras formadas en la universidad, disminuye un 6% el número de muertes de pacientes y que en aquellos hospitales donde el coeficiente de pacientes por enfermera es elevado, los pacientes quirúrgicos experimentan una mortalidad mayor dentro de los 30 días (Samaniego, 2011)

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2012, de un total de 29.961 personas que se dedican a la enfermería, 26.702 son mujeres y 3.259, varones, por lo tanto por cada 9 enfermeras existe un enfermero. La Paz es el departamento que cuenta

con la mayor cantidad de este tipo de personal de salud: 8.388 enfermeras y enfermeros, seguido de Santa Cruz (7.928 personas) y Cochabamba (5.072 personas), mientras que en Pando el país cuenta con el menor número de enfermeras y enfermeros: 448 personas (INE - Instituto Nacional de Estadística - La Paz Censo 2012, 2016)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo recomendable es que los países de la región tengan un promedio de 23 profesionales en salud por 10.000 habitantes. Bolivia se encuentra entre los últimos cinco puestos de 36 países del continente americano en número de salubristas (médicos y enfermeras) por población. Además la OMS afirma que una enfermera debe atender como máximo a 10 pacientes, pero en Bolivia deben encargarse de hasta 35 ó 40 enfermos (Dia, 2016)

A efecto surgen las siguientes consecuencias psicológicas como falta de motivación por las tareas a realizarse; cambios de comportamiento y ánimo que pueden traducirse en malos modales hacia los demás, irritabilidad, indiferencia, mal humor; agotamiento mental que puede volver al trabajador cada vez menos resistente al estrés, falta de energía y menor rendimiento, que puede ser provocado por el agotamiento mental en el cual el trabajador disminuye su rendimiento emocional como son las relacionadas con el cuidado y la salud, siendo necesario el desarrollo de habilidades de comunicación, como la asertividad.

Es por ello que para llevar a cabo una relación de ayuda eficaz con los pacientes y familiares, esta debe estar basada en una relación atenta al despliegue de todas las técnicas humanas que conforman el marco de su competencia relacional en los cuidados de enfermería: empatía, aceptación positiva, autenticidad, escucha activa, asertividad y conocimiento de sí mismo, entre otras en el seno de una relación facilitadora que se aleje de un trato con frialdad, autoritarismo, directísimo con el paciente (Bermejo, 2004).

La relación que establecen los profesionales de enfermería, es esencialmente comunicativa, siendo imprescindible cuidar este proceso en especial cuando este se produce en situaciones en la que existe una fuerte carga emocional como son las

relacionadas con el cuidado y la salud, siendo necesario el desarrollo de habilidades de comunicación, como la asertividad (Garcia, 2005,)

El profesional de enfermería que despliegue en su quehacer diario un modo asertivo de interacción con las persona con las que se encuentra, será capaz de manejar el propio estado emotivo, acogiendo los sentimientos ajenos y respetando los derechos que otro tiene a experimentarlos. El estilo de comunicación asertivo es el más sano emocionalmente, y expresar lo que se necesita con respeto intentando no agredir al otro, es una competencia emocional esencial para las relaciones interpersonales (Garcia, 2005,).

La persona que es asertiva no adopta un comportamiento agresivo atacando el comportamiento del otro, ni por el contrario, manifiesta una actitud remisiva adaptándose a las exigencias y puntos de vista del otro evitando la confrontación, sino que su comportamiento es asertivo en el momento que hace respetar sus derechos al tiempo que no se violan los derechos del otro, manifestando de forma abierta y honesta su posición y haciendo, ver al otro que respete la suya (Riso, 2001)

La capacidad de ser asertivo no es innata, ni se aprende de manera incidental sino, es necesario que se aprenda en un proceso enseñanza - aprendizaje en el contexto familiar, escolar y universitario si se aprenden desde un principio conductas asertivas, aumenta la posibilidad de que estas continúen desarrollándose con el tiempo (GuellL, 2000). Jadue comenta que el sistema educativo constituye un espacio de convivencia. Cada día en las instituciones educativas, los estudiantes se esfuerzan por establecer y mantener relaciones interpersonales, tratando de desarrollar identidades sociales y un sentido de pertenencia. Observan y adquieren modelos de conducta y son gratificados por comportarse de manera aceptable por sus compañeros y por el personal de la institución (Naranjo, 2008)

La formación de profesionales de enfermería es a nivel universitario, siendo la universidad una institución que se involucra activamente en el desarrollo económico, social y cultural de la comunidad. Para dar cumplimiento a este encargo social, plantea

que la universidad debe trabajar por la preservación, desarrollo y promoción de la cultura, educando sujetos para que sean mejores y se realicen como personas y profesionales que formen parte importante de la sociedad. La universidad tiene además el compromiso de incentivar en sus estudiantes el desarrollo de competencias sociales como base importante para que éstos, asuman con una mayor responsabilidad la dirección de sus vidas. (Herrera, 2010)

Los profesionales que se forman durante la carrera y que necesitan de las interacciones humanas en su trabajo, establecen en muchas ocasiones una relación que se caracteriza por un enfoque tecnocrático. Ello puede estar relacionado con el hecho de que el egresado, durante su formación, no adquiere habilidades ni desarrolla actitudes que le permitan asumir el rol que de él debía esperarse; por eso se establecen relaciones formales con las personas que interaccionan en el ejercicio de la profesión, alejadas de su realidad psicológica y sociocultural. (Calderón, 2011)

Es así que en reuniones grupales los estudiantes de enfermería realizan los siguientes comentarios:

“La enfermera con la que estuve hoy es una acerba todo te lo dicen de mala manera, y uno no puede hacer nada”, “No me gusta que las enfermeras no me llamen por mi nombre y menos que me digan niña” “A veces no entiendo algunas indicaciones de mi docente pero me da miedo preguntarle, mis compañeras van a pensar que no se nada”, hoy la profesora llego muy tarde a la reunión, todas mis compañeras estaban muy molestas por su retraso”, “La semana pasada tuve que faltar a mis clases de inglés, porque la jefa del servicio me pidió que me quedara y no me pude negar” (Calderón, 2011)

Los comportamientos descritos manifiestan una conducta no asertiva, transgrediendo sus propios derechos, al no decir lo que siente.

Se afirma que la Inteligencia Emocional constituye una competencia fundamental para los profesionales enfermeros, sosteniendo que para establecer relaciones terapéuticas es necesario identificar y comprender las emociones propias, así como las emociones de los pacientes y sus familiares considerando que los profesionales enfermeros han de saber gestionar eficazmente las emociones que suscitan el contacto continuado con la enfermedad y la muerte (Aradilla, 2013)

De este modo se muestra la doble función de la Inteligencia Emocional, ya que esta ofrece ventajas, tanto de cara a la mejor atención sanitaria de los pacientes como también ventajas para la salud de los propios profesionales. Distintos expertos coinciden con la idea de que los principios teóricos de la Inteligencia Emocional presentan un gran interés en cuanto a sus posibilidades de aplicación en los profesionales de la salud (Aradilla, 2013), pues “la habilidad para manejar las propias emociones, a la vez que se interpretan las de los demás, es especialmente útil en el desempeño de las funciones de Enfermería”, puesto que la capacidad para evaluar y distinguir entre las respuestas emocionales de los pacientes puede ser decisiva en el establecimiento de una relación eficaz enfermera-paciente (AC, 2004)

Sin embargo, a pesar de estas valoraciones, el entrenamiento en habilidades emocionales parece no estar lo suficientemente considerado en la formación superior de estos profesionales y no está integrado en gran parte de los currículos formativos (Aradilla, 2013).

En el caso concreto de la Enfermería, el desarrollo de la Inteligencia Emocional parece que no ha estado lo suficientemente considerado, si bien es cierto que desde el año 2000, aproximadamente, ya se ha comenzado a llevar a cabo estudios empíricos sobre la Inteligencia Emocional y su relación con la Enfermería en los diversos modos de su ejercicio (Aradilla, 2013).

Así y todo, todavía hay poca evidencia científica que relacione la inteligencia emocional con variables asociadas al campo específico enfermero, siendo de gran importancia su desarrollo pues, durante su trabajo, en especial el asistencial, los

profesionales enfermeros se ven expuestos a situaciones de toma de decisiones complejas y de establecimiento de relaciones de comunicación que requieren modos de afrontamiento igualmente complejos, donde se necesitan altas dosis de control emocional y de manejo de habilidades para la gestión de conflictos relacionales. (Gallego Y, 2014)

Como ya se ha demostrado en el ejercicio de otras profesiones con similares características en cuanto a relaciones humanas, la carencia de esas habilidades puede desembocar en conductas de evitación de la responsabilidad profesional, así como en otras alteraciones psicosociales o de salud mental. (Gallego Y, 2014).

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. FORMULACIÓN DE PREGUNTA

- ¿Existe correlación entre inteligencia emocional y asertividad en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor De San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani?
- ¿Cuál será el nivel inteligencia emocional de los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor De San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani?
- ¿Cuál será el nivel de asertividad de los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor De San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la diferencia en el nivel de correlación entre la variable inteligencia emocional y asertividad en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de Inteligencia Emocional que presentan los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani.
- Establecer los niveles de asertividad que presentan los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani.
- Analizar la correlación entre la inteligencia emocional y asertividad de los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani.

1.4. HIPÓTESIS

(Ha) Hipótesis Alterna

Existe un alto grado de relación entre la inteligencia emocional y asertividad en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani

(Ho) Hipótesis Nula

No existe un alto grado de relación entre la inteligencia emocional y asertividad en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani

1.5. JUSTIFICACIÓN

Se realiza esta investigación para aportar en el conocimiento de la relación entre las variables mencionadas, particularmente en dos grupos académicos que en el futuro realizaran labores profesionales en el área de salud.

Asimismo también para aportar a la comunidad científica, se intentara que programas de educación se consideren de importancia en temas relacionados a la formación del profesional de enfermería.

Henderson describe la enfermería como “una actividad social mundial”, y dice: “la sociedad quiere y espera de nosotros un servicio propio de Enfermería”, y es el cuidado enfermero el servicio propio que las enfermeras aportan a la sociedad. (Rey, 2008, pág. 24)

Las causas que hacen que las personas decidan dedicarse a la enfermería tienen múltiples orígenes, aunque parece existir casi como una razón universal, una relación unívoca entre la práctica de la enfermería y la ayuda a los demás. En la investigación llevada a cabo por Cohen (1988) se concluye que tradicionalmente las estudiantes de enfermería eligen esta opción por razones de generosidad (nurturance). (Rey, 2008)

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en

el "status de paciente". En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva. El paciente hospitalizado no solamente ve afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes. (Barbara, 2008, pág. 15)

La relación enfermera – paciente, enfermera o sano es un vínculo que se establece entre la enfermera o el enfermo o la persona sana, que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del personal o del profesional de salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar que espera ser escuchado, comprendido u orientado. (Raya, 2004)

La enfermería tiene como misión la promoción de la salud para su defensa, el fomento de un entorno seguro, investigación, participación en la salud para prevenir así como, la gestión de los pacientes y sistemas de salud y la formación. (Celeste, 2015)

Es por ello que los estudiantes de enfermería a lo largo de toda su formación teórico-práctica, en los cinco años de estudios va asimilando actitudes éticas aceptables y no aceptables de aquellos profesionales con los que tuvo mayor relación, y nos estamos refiriendo a los docentes, que de alguna u otra manera van a repercutir en su actuar dentro del campo clínico (Gordillo, 2005)

La profesión de enfermería sustenta su práctica en las relaciones interpersonales enfermera-paciente y exige una preparación no solo técnico-científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida esta última como la actitud del profesional dirigida al sujeto que requiere ayuda para su desarrollo y bienestar como persona. No basta visualizar al paciente desde una mirada anatómico funcional, sino personal, social y espiritual, es decir, integral. (Cibanal Ljas, 2010)

Se identifica que la formación de los profesionales no siempre prioriza los aprendizajes que sustentan las interacciones humanas de calidad. La capacitación en comportamientos orientados a la comunicación interpersonal efectiva no siempre ocupa lugares importantes en los programas de actualización institucional. Del mismo modo, las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de procedimientos técnicos desplazan el reconocimiento del lugar que deben ocupar las relaciones interpersonales efectivas (Müggenburg, 2015)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1 CARRERA DE ENFERMERIA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

1.1.1. Historia

En 1969 La escuela Nacional de Enfermeras y la escuela de la clínica Americana, inician trámites para ingresar al sistema universitario.

El 8 de Junio de 1970 ambas escuelas logran su ingreso a la Universidad Mayor de San Andres el mismo periodo de la Carrera de Enfermería se integra a la facultad de Medicina, ajustándose a las normas de la Facultad tanto en lo político, filosófico y a los objetivos de la universidad. Asi mismo la Carrera de Enfermería queda independiente, dejando así de ser dependencia directa de la Facultad de Medicina .esto ocurrió al organizarse la Facultad de Ciencias de la Salud.

En 1972 se constituyen en Carrera de Enfermeria ingresando así al sistema de educación superior, con el fin de mejorar la capacitación de las Enfermeras egresadas. A partir de esa fecha se inician en la enseñanza de proceso de enseñanza y aprendizaje

En la actualidad solo se tiene el grado de licenciatura con cinco años calendarios de la siguiente manera: en cuatro años se desarrolla el pensum cumpliendo la carga horaria teórica, prácticas clínicas hospitalarias y comunitarias de las materias de enfermería que se detallan a continuación:

Enfermería Comunitaria I

Fundamentos de Enfermería

Enfermería Comunitaria II

Enfermería Medico Quirúrgico

Enfermería Comunitaria III

Enfermería Pediátrica

Enfermería Obstétrica

Enfermería Comunitaria iv

Administración en Enfermería

Un año de internado rotatorio evaluado se desarrollan las prácticas por rotación con un tiempo de estancia de tres meses en diferentes servicios de acuerdo a especialidades incluido el servicio rural obligatorio con la presentación y defensas de un trabajo de investigación del servicio rural obligatorio.

La facultad de Medicina Enfermería Nutricion y Tecnologia Medica apoya a la Carrera de Enfermería con infraestructura, donde funcionan cinco aulas de enseñanza y una sala de consejo de Carrera.

Asimismo funciona la Jefatura de Carrera, oficinas de las docentes, secretarias y cuatro ambientes de laboratorio dos de fundamentos de enfermería, uno de médico quirúrgico, uno de Materno Infantil. (Rivera, 2007)

1.1.2. Misión

La Carrera de Enfermería tiene como misión, formar profesionales de Enfermería altamente competentes, con sólidos conocimientos científico técnicos de carácter crítico, analítico, reflexivo, valores y principios éticos comprometidos socialmente con la problemática y necesidades de salud de la población urbana y rural del país, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano. (UMSA, 2012)

1.1.3. Visión

Carrera de Enfermería con prestigio y reconocimiento Nacional e Internacional, formadora de recursos humanos de enfermería con calidad y excelencia académica con conocimientos científico tecnológicos humanísticos de alta competitividad

generando transformación, conocimiento, gestoras de políticas de salud con desempeño cualificado que le permita integrar equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, en diferentes niveles políticos administrativos, para el ejercicio profesional en escenarios nacionales e internacionales (UMSA, 2012)

1.2 CARRERA DE ENFERMERIA UNIVERSIDAD CATOLICA BOLIVIANA U.A.C.- PUCARANI

1.2.1. Historia

La Unidad Académica Campesina de Pucarani fue creada el 30 de marzo de 1987, contando con aproximadamente 50 estudiantes, bajo la dirección general del Padre Esteban Bertolusso.

La Unidad Académica Campesina de Pucarani inicio sus actividades el 3 de febrero con la Carrera de enfermería con 45 estudiantes en su mayoría de las comunidades la provincia los andes y en 1991 egresan 17 enfermeras con el nivel técnico superior.

Puesto que en el sistema sanitario y de recursos humanos en salud, en el área de enfermería toma en cuenta solamente dos niveles, el de licenciatura y auxiliar de enfermería, se promovieron gestiones para la aprobación en 1999 del nivel licenciatura en enfermería mediante resolución rectoral de la Universidad Católica N° 017/200 del 22 de febrero del año dos mil.

La oportunidad de la carrera de enfermería de Pucarani esta abalada por la infraestructura de la que se dispone y proporciona una base sólida para la continuidad y seria de los estudios emprendidos. (UCB, 2018)

La Unidad Académica Campesina de Pucarani inicio sus actividades el Por otra parte, la preocupación de las parroquias rurales por la postergación de los pobladores rurales carecían de formación profesional, la donación del terreno otorgado por la Honorable Alcaldía Municipal y la población de Pucarani, constituyeron la base para la construcción de la infraestructura de la UAC con la participación de todos los comunarios, padres de familia de la comunidad y autoridades políticas.

1.2.2. Misión

Formar Licenciadas en Enfermería capaces de responder con idoneidad a las necesidades de la persona, familia y comunidad mediante la construcción de conocimientos teóricos, prácticos, investigación e interacción social, brindando cuidado integral con responsabilidad y valores éticos, morales, humanos y cristianos (UCB, 2018).

1.2.3 Visión

Formar profesionales en enfermería competentes para el mercado laboral con certificación nacional e internacional, comprometidos con la salud familiar, comunitaria con enfoque intercultural (UCB, 2018).

2. MARCO TEORICO

2.1. INTELIGENCIA

2.1.1. La inteligencia

Por mucho tiempo, el término de inteligencia se utilizaba para denotar únicamente la habilidad cognitiva para aprender y razonar. Aunque existen diferentes tipos de inteligencia, en términos generales este concepto implica la reunión de información, y el aprendizaje y el razonamiento sobre esta información; es decir, la habilidad mental asociada con las operaciones cognitivas.

La psicología ha sido la disciplina encargada de definir y establecer las estrategias de medición de la inteligencia. De acuerdo con esta aproximación, las habilidades cognitivas son identificadas desde el modelo psicométrico.

La palabra inteligencia proviene del latín (*intellegere*), término compuesto de *inter* “entre” y *legere* “leer, escoger”, por lo que, etimológicamente, inteligente es quien sabe escoger, la inteligencia permite elegir las mejores opciones para resolver una cuestión. Se entiende también como la capacidad de pensar, entender, asimilar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas. (Galperin, 1979)

Los investigadores clásicos consideraban la inteligencia como una estructura, por lo que su preocupación se centraba en la definición de sus componentes. En los años 1920, el factor general “g” de habilidad intelectual, elaborado por Spearman (1904), fue considerado un modo de medir la estructura de la inteligencia. Los instrumentos de esa época buscaban obtener un índice promedio o CI (coeficiente intelectual) que reflejara el factor “g” de las personas. Sin embargo, con el paso del tiempo, se fueron desarrollar diferentes modelos de inteligencia que incluían habilidades múltiples, así como baterías diferenciales de medición. Estas propuestas reflejan la preferencia por considerar el constructo de inteligencia desde perspectivas más amplias, que pretenden demostrar la existencia de múltiples inteligencias. Entre las primeras propuestas se encuentran: el modelo de Thorndike (1920), el primero que hizo la distinción entre tipos de inteligencia; el trabajo de Thurstone (1938), que fue decisivo en el cambio de paradigma de “una” a “muchas” habilidades intelectuales independientes y creó una serie de instrumentos de evaluación de inteligencia; y el modelo de Wechsler (1958), que consideró la inteligencia como un conjunto de capacidades. (Gabel, 2005)

Por otro lado, los modelos cuyo objetivo ha sido distinguir entre tipos de inteligencias han ampliado el campo de investigación, al dejar de lado el marco psicométrico y explorar los indicadores personales y ambientales posiblemente involucrados.

Entre los principales modelos de este tipo resaltan las propuestas de Gardner (1993, 1999) y Sternberg (2000). Gardner (1993, 1999) sugiere una diversidad de inteligencias: las inteligencias múltiples. Este autor conceptualizó la inteligencia como un potencial biopsicológico que reúne información que puede ser activada en un contexto cultural específico. El aporte de Sternberg (1996, 2000) al estudio de la inteligencia amplió, significativamente, la visión tradicional que se tenía sobre ella al destacar la importancia del contexto sociocultural y distinguir varios tipos de inteligencias: la inteligencia práctica (cotidiana y social), la creativa y la analítica (emocional y cognitiva). (Gabel, 2005)

De este modo, a través de la evolución de los conceptos, la emoción y la inteligencia han presentado una gama de propuestas y perspectivas que incluyen los contextos ambientales, situacionales, culturales y personales.

2.1.2 La emoción

El concepto de emoción hace referencia a “un estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente que está influida por la experiencia y tiene una función adaptativa. De forma operativa, puede analizarse como una respuesta psicofisiológica de naturaleza multidimensional que se caracteriza por distintos componentes, sentimiento, valoración de la situación y pensamientos relacionados con la misma, funciones somáticas, expresión facial, voz, movimientos del cuerpo” (Rodríguez, 2010; G., 2010)

Emoción significa “estar en movimiento o moverse”. Es lo que impulsa a la acción y ha sido descrita y explicada de formas diferentes. En general, existe coincidencia en que se trata de “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno, desempeñando un papel fundamental en la configuración de las situaciones sociales (Bisquerra, 2008)

En la psicología contemporánea se ha puesto énfasis en la funcionalidad de las emociones como fuente principal para la motivación y como modelador de la opinión y del juicio de las personas. (Fulquez, 2010) consideran que “la función social de las emociones está siempre presente, pues el afecto es inherente al ser humano” Las emociones sirven, entonces, como la fuente más poderosa, auténtica y motivadora de la energía humana.

En síntesis, se podría entender a la emoción como una respuesta organizada hacia un evento, que incluye aspectos psicológicos, experienciales y cognitivos de todo ser humano.

2.1.2.1 Componentes de la emoción

Según (Bisquerra, 2008) existen tres niveles diferentes en los cuales se manifiestan las emociones. Estos son los siguientes:

2.1.2.1.1 Neurofisiológico

Las emociones fisiológicamente organizan rápidamente las respuestas de distintas partes del sistema biológico y se manifiestan neurofisiológicamente en una respuesta involuntaria, como la taquicardia, la vasoconstricción o el tono muscular, incluyendo expresiones faciales, voz, actividad del sistema nervioso central y del sistema endocrino encargados de hacerlos conscientes, a fin de establecer un medio interno óptimo para un comportamiento más efectivo (Bisquerra, 2008)

Según (Goleman, 2002) “en nuestro repertorio emocional, cada emoción juega un papel singular y, con los nuevos métodos para explorar el cerebro, los investigadores están descubriendo más detalles fisiológicos acerca de cómo cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta”.

Goleman también indica que con la ira, la sangre fluye a las manos y así resulta más fácil tomar un arma o golpear a un enemigo. Con el miedo, por su parte, la sangre va a los músculos esqueléticos grandes, como los de las piernas, y así resulta fácil huir. En la felicidad hay un aumento de la actividad en un centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible. El amor, los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual dan lugar a un despertar parasimpático: el opuesto fisiológico de la movilización “lucha o huye”, que comparten el miedo y la ira. Así, varias de las emociones expresadas se van manifestando en nuestro cerebro y van causando distintas reacciones a nivel de nuestro cuerpo.

2.1.2.1.2 Comportamental

El propio Bisquerra (2008) también sostiene que “observar el comportamiento de una persona permite inferir qué tipo de emociones está experimentando. El lenguaje no verbal, principalmente del rostro, y el tono de voz, aportan señales de bastante precisión” Las emociones en este caso sirven para establecer nuestra posición con respecto a

nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otras. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, poseyendo ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas. Entre los resultados de esta influencia están las conductas agresivas y algunas conductas de aislamiento.

2.1.2.1.3 Cognitivo

Ese componente en lenguaje ordinario se llama sentimiento y hace que califiquemos un estado emocional y le demos un nombre. Las emociones son “las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestra relaciones con el entorno, y están en función de la evaluación que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar” (Bisquerra, 2008, pág. 63). En esta experiencia intervienen conocimientos previos y varía en función de lo importante de la situación para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión).

Alberth Levy, mencionado en (Auza, 2010) señala que “el efecto de las emociones y el estado de ánimo impacta en la atención, la memoria y el pensamiento” produciendo:

Reducción de la calidad de la información

Reducción en eficiencia del procesamiento de la información

Efectos de riesgo

Tendencia a confusión en el proceso

Tendencia a confusión en el contenido

Reducción de recursos de memoria

2.1.2.2 Funciones de la emoción

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Existen tres funciones principales:

2.1.2.2.1 Funciones adaptativas.

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo ya fue puesta de manifiesto por Darwin, quien argumentó que la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada, lo cual le confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación. No obstante, las emociones son uno de los procesos menos sometidos al principio de selección natural, estando gobernados por tres principios exclusivos de las mismas.

2.1.2.2.2 Funciones sociales.

Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Se destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira pueden generar respuestas de evitación o de confrontación. De cualquier manera, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás. (Choliz, 2005)

2.1.2.2.3 Funciones motivacionales

La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. La emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características aludónicas de la emoción.

2.1.2.3 Tipos de emoción

La clasificación de las emociones es diversa ya que rara vez se producen encuentros en los que se produzca una sola emoción. Para abarcarlas se distinguen “emociones básicas (primarias o fundamentales) y emociones complejas (secundarias o derivadas)” (Bisquerra, 2008, pág. 63)

a) **Las emociones básicas**, también denominadas primarias, elementales o puras, se caracterizan por una expresión facial característica y una disposición típica de afrontamiento. Por ejemplo, la forma impulsiva de afrontar el miedo es la huida, la de afrontar la ira es el ataque, etc.

b) **Emociones complejas**, que se derivan de las básicas, a veces por combinación entre ellas como la mezcla de colores que se hace para pintar. No hay presencia de rasgos faciales característicos ni una tendencia particular a la acción. Los celos, por ejemplo, son una emoción compleja cuya forma de afrontamiento puede ser muy distinta según la persona y la circunstancia.

2.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL

La Inteligencia Emocional es un concepto psicológico que pretende describir el papel y la importancia de las emociones en la funcionalidad del desarrollo diario de los seres

humanos. Se refiere a la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Esto no significa ahogar las emociones, sino dirigir las y equilibrarlas de manera adecuada.

Este término tiene su precursor en el concepto de inteligencia social del psicólogo Edward Thorndike (1920), quien la definió como "la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas" (Sosa, 2008, pág. 115)

La estructuración del concepto se dio a partir de la teoría planteada por Gardner (1983) en su teoría de las inteligencias múltiples, donde plantea que las personas poseen varios tipos de inteligencia que las relacionan con el mundo. Afirma que la inteligencia comprende múltiples dimensiones, como él las llamó, entre las cuales está "dimensión comprendía las capacidades intrapersonales y habilidades interpersonales" (Trujillo Mara y Rivas Luis , 2005)

En 1990, Salovey y Mayer fueron los primeros en utilizar el término Inteligencia Emocional, refiriéndose a ella como una forma de inteligencia social que implica "Goleman (1995) interpreta y resume las dos inteligencias de Gardner llegando a lo que es la Inteligencia Emocional, refiriéndose a ella como "un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan la conducta del individuo, sus reacciones, estados mentales, y que puede definirse como la capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones" (Goleman, 2002, pág. 6)

2.2.1 Definición según varios autores

El estudio de la psicología introduce a lo largo del siglo XX un concepto controvertido pero que ha suscitado un gran interés en las últimas décadas, tanto en el plano académico como profesional, como es el de la inteligencia emocional (IE).

En 1920 Thorndike introduce el concepto de "inteligencia social", refiriéndose al mismo como "la capacidad de entender y manejar a los hombres y mujeres, niños y niñas para

actuar sabiamente en las relaciones humanas". En la década de los años sesenta, se utilizó el término inteligencia emocional de manera incidental en la crítica literaria y la psiquiatría (Ghent, Van, 1961)

En los años ochenta se utiliza de manera más sistematizada, en una tesis (Payne, 1986). También, aunque sin hacer uso del término, Gardner (1983) incluye la "inteligencia personal" en su obra fundamental en la teoría de las inteligencias múltiples. En concreto, según este autor, la inteligencia personal estaba compuesta por la inteligencia intrapersonal, referida al conocimiento de los aspectos internos de una persona, y por la inteligencia interpersonal, basada en la capacidad básica para notar las distinciones entre otros, en particular, el contraste en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones (Gardner, 1993).

Ya en los años noventa, se define explícitamente la IE con los trabajos seminales de Salovey y Meyer (1990), desarrollándose una teoría y estableciéndose criterios para su medición. En su trabajo, dichos autores la definen como un subconjunto de la inteligencia social que implica la capacidad para controlar los sentimientos y emociones propios y de los demás, para discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones.

Estos mismos autores revisaron el concepto años después estableciendo una definición más completa, según la cual, la IE sería "la capacidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; la capacidad de encontrar y/o generar sentimientos cuando éstos faciliten el pensamiento y la capacidad de comprender y regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual" (Mayer J D, Salovey, 1997, pág. 7)

Otro de los autores más influyentes en este campo, Goleman (1995), definió la IE por exclusión: como cualquier característica deseable de carácter personal que no está representada por la inteligencia cognitiva, estableciendo por tanto, dos categorías de inteligencia personal.

No obstante, ambas son complementarias, y de hecho, el auge de este concepto se ha debido en una buena parte a que el conocimiento y las emociones se interrelacionan, y explican los distintos niveles de éxito en diversos ámbitos de la vida. De esta manera, para la mayoría de los autores, el conocimiento o la inteligencia cognitiva no puede ser considerada como único predictor de éxito.

Para Boyatzis y Saatchioglu (2008), ha mostrado que la posibilidad de predecir el rendimiento de un dirigente, gerente o profesional depende de una serie de competencias que se podrían agrupar en tres categorías:

- (1) Competencias de inteligencia cognitiva, como los sistemas de pensamiento.
- (2) Competencias de inteligencia emocional o habilidades intrapersonales, tales como la capacidad de adaptación.
- (3) Competencias de inteligencia social o habilidades interpersonales, como las redes.

2.2.2 Origen y desarrollo histórico de la inteligencia emocional

Galton, en 1870, fue uno de los primeros investigadores en realizar un estudio sistemático sobre las “diferencias individuales” en la capacidad mental de los individuos, utilizando un desarrollo de correlación de métodos. Tempranamente, propuso un análisis estadístico como aplicación al fenómeno mental, así como su implicación y uso. También fue pionero en el empleo de cuestionarios y métodos no tradicionales.

En 1890, Catell desarrolló pruebas mentales con el objeto de convertir la psicología en una ciencia aplicada. Fue el primer psicoanalista en América en darle una cuantificación al estrés, a partir de su trabajo experimental. En 1905, por encargo del Ministerio francés, Binet desarrolló un instrumento para evaluar la inteligencia de los niños. En 1916, dicho instrumento fue modificado por Terman y en él aparece por vez primera el cociente intelectual.

Thorndike propuso la inteligencia social a partir de la ley del efecto, antecesora de la hoy conocida IE. Este mismo autor estableció además de la inteligencia social, la inteligencia abstracta y la inteligencia mecánica. En la década de los treinta, Wechsler dio a conocer dos baterías de prueba: escalas para adultos (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS, 1939) y escala para niños (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC, 1949), las cuales hoy en día son utilizadas. Es de destacar que esta época se vio marcada por un silenciamiento teórico en el caso de la inteligencia, debido al auge del conductismo (Martin D y Boeck, 1997).

A partir de 1960 se observó un debilitamiento en las posturas conductistas, y se produjo la emergencia de procesos cognitivos con el estructuralismo. Piaget, educado en la tradición del coeficiente intelectual, se opuso a dichas posturas psicométricas y del pensamiento de la información, y aunque no emprendió una crítica contra el movimiento de prueba, su punto de vista se percibe en las acciones científicas que realizó, desarrollando una visión distinta a la de la cognición humana. Según él, el principio de todo estudio del pensamiento humano debe ser la postulación de un individuo que trata de comprender el sentido del mundo. Otra aportación importante es la del psicólogo soviético Vygotsky, quien encontró que las pruebas de inteligencia no dan una indicación acerca de la zona de desarrollo potencial de un individuo.

Desde entonces han existido diferentes reformulaciones a la ley del efecto, como las realizadas por Freud y Ribot en la década de los veinte. Freud utilizó la ley del efecto, al introducir el concepto de racionalidad como complemento del principio de satisfacción, estableciendo el “principio de la realidad”. Por su parte, Ribot hace alusión a dicho concepto en su famosa “lógica de los sentimientos”.

Otras reformulaciones objetivas fueron las realizadas por Hull y Skinner. Hull propuso un planteamiento fisiologista, y Skinner lo desarrolló sobre una base operacionalista.

A últimas fechas, el desarrollo de la neurociencia ha estimulado la aparición de modelos integradores de la ley del efecto, combinando la capacidad racional con la

determinación voluntaria. Lo anterior se desenvuelve en el contexto de un nuevo paradigma, llamado IE.

J.A. Marina en 1993, experto en el área, afirma que si bien es cierto que las ciencias cognitivas han realizado aportaciones valiosas, la labor pendiente es la elaboración de una ciencia de la inteligencia humana, la cual deberá desarrollarse holísticamente, lo que es lo mismo no sólo enfocada hacia la razón, sino también provista de emociones.

La idea de la inteligencia actual subyace en la “capacidad de adaptación” que proporciona. Sternberg en 1997 establece que bajo la idea de la globalización (refiriéndose a la psicología), la inteligencia está muy vinculada con la emoción, la memoria, la creatividad, el optimismo y en cierto sentido con la salud mental.

En 1983, Gardner publicó *Frames of Mind*, donde reformula el concepto de la inteligencia a través de la teoría de las IM, bajo la cual se establece que los seres humanos poseen siete tipos de inteligencia y cada una es relativamente independiente de las otras. Estas siete inteligencias son las siguientes: inteligencia auditiva musical, inteligencia cinestésica-corporal, inteligencia visual-espacial, inteligencia verbal-lingüística, inteligencia lógico-matemática (Martin, D. y Boeck, K, 1997)

El concepto de IE como tal fue propuesto por Salovey y Mayer en 1990, a partir de los lineamientos de Gardner en su teoría de las IM (Salovey y Mayer, 1990). Sin embargo, este concepto no es nuevo pues tiene su origen en la “ley del efecto” formulada por Thorndike en 1988, cuando propuso en su tesis doctoral un principio explicativo del aprendizaje animal.

En 1990, Salovey y Mayer estructuraron su concepto de IE a partir de las inteligencias intrapersonal e interpersonal de Gardner. No obstante, corresponde a Goleman el mérito de difundir profusamente el concepto en 1995 a través de su obra dirigida al mundo empresarial, donde introduce el estudio de la IE, sus alcances y beneficios en el campo de la administración. (Martin D y Boeck, 1997)

El concepto de IE nació de la necesidad de responder al interrogante: ¿por qué hay personas que se adaptan mejor que otras a diferentes situaciones de la vida diaria? Según sus autores, la IE está formada por metahabilidades que pueden ser categorizadas en cinco competencias: conocimiento de las propias emociones, capacidad para controlar emociones, capacidad de motivarse a sí mismo, reconocimiento de emociones ajenas y control de las relaciones.

Es importante mencionar que si bien el campo de IE como objeto de estudio fue desarrollado por psicólogos, existen importantes trabajos de base biológica, como los de LeDoux en 2002, quien demuestra teórica y experimentalmente que la amígdala actúa como nexo entre el cerebro emocional y racional.

Así mismo, con ayuda de tecnologías como la resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones (TEP), han sido probadas las relaciones de la actividad del cerebro (cerebro reptil, cerebro emocional, cerebro racional) con las emociones de la razón, aportando información sobre cómo la emoción está representada en el cerebro y proporcionando hipótesis alternativas acerca de la naturaleza de procesos emocionales.

2.2.3 Dimensiones de la inteligencia emocional

Salovey incluye las inteligencias personales de Gardner en su definición básica de inteligencia emocional, ampliando estas capacidades a cinco esferas principales, tres de las cuales serán desglosadas como componentes de aptitud personal y las otras dos como sociales.

De allí que se tiene la inteligencia intrapersonal (o competencias personales) que es un conjunto de capacidades que permiten a la persona formar un modelo preciso y verídico de sí misma, así como la utilización de dicho modelo para desenvolverse de manera eficiente en la vida. La inteligencia interpersonal (o competencias sociales) es la capacidad que tiene el individuo de entender las emociones de las otras personas, interactuar con ellas y establecer empatía (Londoño, 2008, págs. 29-30)

2.2.3.1 Primera competencia personal: Autoconocimiento emocional

El conocer las propias emociones, autoconocimiento emocional o la conciencia de uno mismo, es el primer componente de las dimensiones de la inteligencia emocional. Se refiere al conocimiento de las propias emociones y cómo afectan a la persona. Es muy importante conocer el modo en el que el estado de ánimo influye en el comportamiento, cuales son las virtudes personales y los puntos débiles. En palabras de Daniel Goleman:

La conciencia de uno mismo (el reconocer sentimientos mientras ocurren) es la clave de la inteligencia emocional [...]. La capacidad de controlar sentimientos de un momento a otro es fundamental para la penetración psicológica y la comprensión de uno mismo. La incapacidad de advertir nuestros propios sentimientos nos deja a merced de los mismos. Las personas que tienen una mayor certidumbre con respecto a sus sentimientos son mejores guías de su vida y tienen una noción más segura de lo que sienten realmente con respecto a las decisiones personales (Goleman D, 1996, pág. 64)

Esta capacidad de conocer los propios estados emocionales se logra al ser consciente de la comunicación verbal y no verbal que se emite. Cuando se consigue, la persona es capaz de reconocer cuáles emociones son propias y cuáles de los demás de tal manera que es capaz de controlar sus emociones en la interacción personal y en el espacio intrapersonal.

Cuando las personas cobran conciencia de sus emociones, aprenden a entender que los demás tienen emociones, que no necesariamente se reacciona en forma emocional de la misma manera e intensidad, que cada persona tiene que aprender a asumir la responsabilidad de las propias emociones y que se debe asumir una adecuada respuesta a las emociones del otro sin dejarse inundar por éstas. (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 122)

Cuando una persona no tiene conciencia de sus emociones es muy probable que termine siendo controlado por ellas o que fácilmente se contagie de las emociones de los demás; esto puede provocar que tenga “asaltos” emocionales en los que no tiene control de sí mismo y que en muchas ocasiones generen un mal relacionamiento con el entorno, especialmente si la emoción que domina es la ira. Esto lleva a la persona a que concluya que lo más conveniente es ignorar o negar las emociones que producen esos ataques (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 122)

En este sentido los niños suelen tener menos prevenciones y prejuicios frente a sus emociones lo que les permite expresarlas con mayor fluidez; sin embargo, muchas veces son los adultos quienes les imponen controles de la educación que están enfocados a negar o a no reconocer las emociones, disminuyendo de esta manera su autoconocimiento personal.

Por todo lo dicho es posible afirmar que, en resumen, el autoconocimiento emocional consiste en conocer los propios estados internos, preferencias, recursos e intuiciones e implica: una conciencia emocional (reconocer las propias emociones y sus efectos); una autoevaluación precisa (conocer las propias fortalezas y sus límites); y finalmente confianza en uno mismo, es decir, seguridad sobre la valoración personal y las habilidades que se poseen (Goleman D., 1998)

2.2.3.2 Segunda competencia personal: Autocontrol

El autocontrol es la capacidad de manejar y controlar los propios estados emocionales internos, en aras de asumir la responsabilidad de las reacciones y los actos propios. Cuando las personas sienten que pierden o no tienen el control sobre sus propias emociones se limitan a sí mismas, puesto que no asumen la responsabilidad por sus actos sino que se las asignan a las emociones descontroladas y desorganizadas o a eventos u objetos externos a ellos (sean otras personas o las situaciones en sí mismas).

Manejar los sentimientos para que sean adecuados es una capacidad de uno mismo [...]. Las personas que carecen de esta capacidad luchan constantemente contra sentimientos de aflicción, mientras aquellas que la tienen

desarrollada pueden recuperarse con mucha mayor rapidez de los reveses y trastornos de la vida (Goleman D, 1996, pág. 64)

El objetivo es el equilibrio, no la supresión emocional: Cada sentimiento tiene su valor y su significado. Una vida sin pasión sería un aburrido páramo de neutralidad, aislado y separado de la riqueza de la vida misma. Pero, como señaló Aristóteles, lo que se quiere es la emoción adecuada, el sentir de manera proporcionada a las circunstancias. Cuando las emociones son demasiado apagadas crean aburrimiento y distancia; cuando están fuera de control y son demasiado extremas y persistentes, se vuelven patológicas (Goleman D, 1996, pág. 78)

Ahora bien, si controlar las propias emociones no implica negar o reprimirlas sino más bien lograr una expresión o manifestación adecuada de ellas, para lograrlo es preciso “leer” con detenimiento los estímulos que llegan del exterior (o interior) y entenderlos, estar alerta a las emociones que se producen a partir de ellos, experimentar con claridad la emoción y determinar cuál es el comportamiento que se quiere tener, en virtud de la actitud que se ha producido en base a toda la reflexión realizada.

En la educación de los niños, contrariamente a lo que debiera hacerse, se ha optado por enseñarles a reprimir sus emociones, especialmente las negativas, bajo la consigna de que no es adecuado expresar el miedo, la rabia o la tristeza, entre muchas emociones. Sin embargo, lo único que se ha logrado es que las personas tiendan a acumular sus emociones hasta que las mismas “explotan” en el momento menos adecuado.

De allí que se entienda que la forma más óptima de controlar las emociones sea aceptar que están allí con una finalidad, que son parte de la existencia humana y que lo que en realidad se controla es el comportamiento que generan; mientras la persona no se deje llevar por sus emociones y pueda hacerse cargo de ellas su vida será más plena (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 123).

El autocontrol emocional, es decir, manejar los propios estados internos, los impulsos y los recursos correspondientes, implica: Autocontrol (manejar las emociones y los

impulsos perjudiciales), confiabilidad (mantener normas de honestidad e integridad), integridad (asumir la responsabilidad del desempeño personal), adaptabilidad (flexibilidad para manejar el cambio) e innovación que se traduce a estar abierto y dispuesto para las ideas y enfoques novedosos y la nueva información (Goleman D., 1998, pág. 37)

2.2.3.3 Tercera competencia personal: Motivación

La motivación se la puede entender como la energía que permite lograr un propósito u objetivo. Si se relaciona la motivación con las emociones se hace referencia a la motivación intrínseca que parte de los sentimientos experimentados. El primer paso en esta clase de motivación es fijar responsablemente los objetivos que se tienen, orientar las emociones hacia ello y hacia el curso de la acción (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 125)

Una vez definido el objetivo se dirigen las emociones hacia él mismo, lo que permite mantener la motivación y fijar la atención en las metas en lugar de en los obstáculos. En esto es necesaria cierta dosis de optimismo e iniciativa, de forma que se pueda ser emprendedor y actuar de forma positiva ante los contratiempos.

Ordenar las emociones al servicio de un objetivo es esencial para prestar atención, para la automotivación y el dominio, y para la creatividad. El autodomínio emocional (postergar la gratificación y contener la impulsividad) sirve de base a toda clase de logros. Y ser capaz de internarse en un estado de “fluidez” permite un desempeño destacado en muchos sentidos. Las personas que tienen esta capacidad suelen ser mucho más productivas y eficaces en cualquier tarea que emprendan (Goleman D, 1996, pág. 64)

Los niños, desde edades tempranas, están en capacidad de entender que para lograr algo hay que saber lo que se quiere obtener.

Por ejemplo, si el niño quiere aprender a nadar hay que explicarle cómo se hace (qué pasos hay que seguir, desde flotar, aprender a respirar hasta el movimiento del

cuerpo), cómo debe ejercitar su cuerpo (qué habilidades físicas debe adquirir) y primordialmente que la maestría sólo se logra con la práctica. Lógicamente los adultos cercanos crearán condiciones que faciliten la realización del objetivo.

En este caso la motivación es la necesidad de logro, por lo tanto ante cada logro hay que alentar a que la emoción sea de alegría, no permitiendo que el miedo (a no alcanzar el objetivo) o la ira (por la frustración) sean emociones obstaculizantes (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 125)

La automotivación emocional, vista como la tendencia emocional que guía o facilita la obtención de las metas se caracteriza por un: Afán de triunfo (esforzarse por mejorar o cumplir una norma de excelencia), compromiso (aliarse a las metas del grupo), iniciativa (disposición para aprovechar oportunidades) y optimismo, visto como la persistencia en la consecución de los objetivos a pesar de las adversidades (Goleman D., 1998, pág. 37)

2.2.3.4 Primera competencia social: Empatía

La empatía es definida como la habilidad para tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros y por lo tanto, estar en capacidad de responder adecuadamente frente a éstos. Esto es entender, aceptar y respetar las emociones del otro; la capacidad de no dejarse contagiar por las emociones de los “otros”, sino aceptarlas como parte de un mundo diferente (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, págs. 16-17). Cuando dos personas se relacionan con empatía, se genera una coordinación especial, casi una danza en la que son sincronizados muchos de los aspectos del lenguaje no verbal que refuerzan la manifestación y expresión de la emoción (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 126).

Lo dicho sugiere que en gran parte de las ocasiones, las relaciones humanas se basan en saber interpretar las señales que los demás emiten de forma inconsciente y que a menudo son no verbales. El reconocer las emociones ajenas, aquello que los demás sienten y que se puede manifestar por la expresión de la cara, por un gesto, por una mala

contestación, ayuda a establecer lazos más reales y duraderos con las personas del entorno. No en vano, el reconocer las emociones ajenas es el primer paso para entenderlas e identificarse con ellas.

Las emociones de la gente rara vez se expresan en palabras; con mucha mayor frecuencia se mantienen a través de otras señales. La clave para intuir los sentimientos de otro está en la habilidad para interpretar los canales no verbales: el tono de voz, los ademanes, la expresión facial y cosas por el estilo (Goleman D, 1996, pág. 124)

Pero hay que considerar que no se puede reconocer lo que no se conoce. Por tanto, es posible afirmar que la empatía se construye sobre la conciencia de sí mismo; cuanto más abierto está el sujeto a sus propias emociones, más hábil será para interpretar los sentimientos. Además, la autoconciencia, según López de Bernal y González (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 127) ayuda a establecer una diferencia clara entre las emociones personales y las del otro, pues cabe el riesgo de asignarle a éste las emociones propias o de dejarse afectar por las ajenas.

Como habilidad, la empatía se empieza a desarrollar en etapas muy tempranas; diversos estudios han demostrado que los animales y los seres humanos que han crecido en ambientes estimulantes desarrollan las habilidades necesarias para leer y entender las emociones de las otras personas, mientras que aquellos que estuvieron en ambientes poco estimulantes, al no poseer los modelos adecuados y al tener limitada la posibilidad de relacionarse y aprender a entender al otro, tienen deficiencias en la empatía.

El permitir este desarrollo implica que se exponga al niño a toda la gama emocional posible. Esto es, no enmascarar emociones negativas y dolorosas delante de él bajo la consigna de quererlo proteger, sino permitirle observar y sentir toda la variedad de emociones que existen (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 127).

Finalmente, la empatía, vista como la captación de sentimientos, necesidades e intereses ajenos, implica: Percibir los sentimientos y perspectivas ajenos e interesarse

activamente en sus preocupaciones; ayudar a los demás a desarrollarse; orientación hacia el servicio (prever, reconocer y satisfacer las necesidades del “otro”); aprovechar la diversidad (cultivar oportunidades a través de diferentes tipos de personas) y conciencia política a partir del reconocimiento de las corrientes emocionales y de las relaciones de poder subyacentes en un grupo (Goleman D., 1998, pág. 38)

2.2.3.5 Segunda competencia social: Habilidades sociales

Una persona puede ser muy buena para comprender las emociones ajenas (empatía) pero al mismo tiempo muy torpe para manejarlas. Es por ello que no basta con ser empático, sino que también hay que disponer de habilidades sociales, que se constituyen en la quinta dimensión (o segunda competencia social), y que básicamente son definidas como las capacidades para inducir respuestas deseables en los demás.

Las habilidades sociales implican, por tanto, el saber relacionarse de manera correcta con las emociones ajenas, tener la capacidad para resolver conflictos que puedan surgir, confiar en los demás, lograr que el resto confíe, saber cómo establecer equipos de colaboración para afrontar temas colectivos (Guilera I Agüera, 2007, pág. 102) Además, saber escuchar, mantener la independencia, saber decir y resolver los problemas en conjunto (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, págs. 16-17)

El arte de las relaciones es, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás. Estas son las habilidades que rodean la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal. Las personas que se destacan en estas habilidades se desempeñan bien en cualquier cosa que dependa de la interacción serena con los demás; son estrellas sociales (Goleman D, 1996, pág. 64)

Por supuesto, las habilidades de las personas en cada una de estas esferas son diferentes; algunas pueden ser muy expertas para manejar su propia ansiedad, por ejemplo, pero relativamente ineptas para aliviar los trastornos de otros. La base subyacente del nivel de capacidad es, sin duda, nerviosa; pero el cerebro es notablemente flexible y aprende constantemente. Los errores en las habilidades

emocionales pueden ser remediados: en gran medida, cada una de estas esferas representa un cuerpo de hábito y respuesta que, con el esfuerzo adecuado, puede mejorarse (Goleman D, 1996, pág. 65).

Esto implica que las habilidades sociales pueden adquirirse, afinarse, afianzarse, o de ser necesario es posible modificar o eliminar un hábito que no favorece el relacionamiento social. Y este aprendizaje comienza a temprana edad; López de Bernal y González (López de Bernal, M. E., & González Medina, M. , 2005, pág. 126) al estudiar las habilidades sociales en los niños, reconocen que a medida que el niño va creciendo su círculo social también se amplía, desde el contacto sólo con los padres, familia cercana, amigos de la familia hasta llegar a la vida escolar con sus propias amistades y profesores.

En todo este recorrido el niño va asimilando formas de relacionarse con las otras personas, es decir, asimila y practica habilidades sociales que no son otra cosa que aquellas capacidades que permiten a la persona manejar y vivir de manera más productiva sus relaciones con las personas que conforman su entorno.

Por tanto, vistas las habilidades sociales como la habilidad para inducir en los otros las respuestas deseables, comprenden: la influencia (uso de tácticas efectivas para la persuasión), la comunicación (escuchar abiertamente y transmitir mensajes claros y convincentes), el manejo de conflictos (negociación y resolución de conflictos), el liderazgo, establecimiento de vínculos (búsqueda de relaciones y conformación de redes sociales), colaboración y cooperación, habilidades de equipo y el saber catalizar (iniciar o manejar) el cambio (Goleman D., 1998, pág. 38)

2.2.4 Control de la inteligencia emocional

Regular las respuestas emocionales se puede aprender. Al mismo tiempo, es un signo de maduración y de inteligencia. En la primera infancia, habitualmente no regulamos nuestra respuesta emocional, simplemente la expresamos o esta explota. Socialmente se acepta y se perdona este tipo de "sinceridad" en las respuestas emocionales de los niños y las niñas pequeñas. Pero a medida que se van haciendo mayores, el índice de tolerancia

ante esta inmediatez en las respuestas va disminuyendo, hasta llegar a la madurez, cuando socialmente se exigen la regulación emocional. Con su aprendizaje conseguimos equilibrar dos fuerzas opuestas; por un lado, la necesidad biológica de la respuesta emocional, y por el otro, la necesidad de respetar determinadas normas de convivencia. La alternativa que se propone es que existen emociones como consecuencia de la respuesta de la persona ante una situación. (Jimenez R., 2009)

La alternativa que propone Manel Güell Barceló es considerar que no existen emociones positivas ni negativas. Simplemente existen emociones como consecuencia de la respuesta de la persona ante una situación. También es cierto que determinadas emociones son útiles y traen un beneficio al individuo y otras no. A partir de este hecho, podemos dividir las respuestas emocionales efectivas, útiles y adaptativas de las respuestas emocionales no efectivas, poco útiles o poco adaptativas. Una respuesta emocional (alegría, ira, vergüenza) será útil en función del contexto. Si la respuesta es adaptativa y nos ayuda a relacionarnos con el mundo que nos rodea, con los demás y con nosotros mismos, será una emoción efectiva. Así, todas las respuestas emocionales son positivas, siempre que se utilicen adecuadamente.

Daniel Goleman menciona que, cuando hablamos de autocontrol emocional, no estamos abogando, en modo alguno, por la negación o represión de nuestros verdaderos sentimientos. El "mal" humor, por ejemplo, también tiene su utilidad; el enojo, la melancolía y el miedo pueden llegar a ser fuentes de creatividad, energía y comunicación; el enfado puede constituir una intensa fuente de motivación, especialmente cuando surge de la necesidad de reparar una injusticia o un abuso; el hecho de compartir la tristeza puede hacer que las personas se sientan más unidas y la urgencia nacida de la ansiedad, siempre que no llegue a atribularnos, puede alentar la creatividad. También hay que decir que el autocontrol emocional no es lo mismo que el exceso de control, es decir, la extinción de todo sentimiento espontáneo que, obviamente, tiene un costo físico y mental. La gente que sofoca sus sentimientos, especialmente cuando son muy negativos, eleva su ritmo cardíaco, un síntoma inequívoco de hipertensión. Y cuando esta represión emocional adquiere carácter

crónico puede llegar a bloquear el funcionamiento del pensamiento, alterar las funciones intelectuales y obstaculizar la interacción equilibrada con nuestros semejantes. Por el contrario, la competencia emocional implica que tenemos la posibilidad de elegir cómo expresar nuestros sentimientos. (Jimenez R., 2009)

2.2.5 Psicología e inteligencia emocional

El estudio de la inteligencia emocional no es un campo de estudio nuevo dentro de la Psicología; está fundamentada en una larga historia de investigación y teoría en el campo de la psicología (Binet A, 1909)

Algunos de los más notables trabajos pioneros en el campo fueron realizados por Gardner en *Frames of Mind*, este propuso que no había un solo tipo de Coeficiente Intelectual, que llevara no solo al éxito en la vida, sino a un amplio espectro de inteligencias. El trabajo innovador de Gardner fue desarrollado por el psicólogo de Yale, Peter Salovey, cuyo concepto de la inteligencia emocional incluye evaluar las emociones de sí mismo y las de otros, controlar las emociones de uno mismo y las de los demás, y el uso de las emociones de maneras adaptables. Estos fueron indicados y descritos en su estudio de 1990, llevado a cabo con un socio, Peter Mayer. El término inteligencia emocional se presentó también en este estudio.

Goleman desarrollo su teoría sobre la inteligencia emocional a través de la investigación de más de 200 organizaciones, y explico que sin la inteligencia emocional una persona puede tener una formación de primera clases, una mente incisiva y un caudal de buenas ideas, pero aun no lograr ser un gran líder. Respaldando por sus investigaciones, Goleman advierte que a pesar de la inteligencia cognitiva e inteligencia en asuntos de negocios, los ejecutivos y gerentes no habrían logrado adquirir su nivel de éxito si no hubieran contado con la inteligencia emocional. En sus investigaciones y teorías preliminares, basadas en los resultados de Salovey y Mayer, Goleman, adopto un modelo de cinco dominios, que luego modifiko a un modelo de cuatro.

Si bien es reconocida como una de las principales voces en el ámbito de la inteligencia emocional, la interpretación de Goleman no es el único modelo de la inteligencia emocional, ni tampoco es la idea definitiva sobre la misma. (Banto Z, 2000)

2.3 ASERTIVIDAD

Asertividad proviene del latín asere asertum , que significa afirmar, poner en claro; la expresión en términos de psicología, refiere a la afirmación como ser humano, afirmación de la personalidad que sean congruentes los sentimientos y emociones con su expresión.

Según Lazarus , RS, Folkman(1984) “Se define como una conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad de expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los derechos de los otros ”

La Asertividad permite:

Tener una interrelación humana justa, satisfactorio, productivo y feliz.

Auto valorarse.

Justicia e igualdad

Crecimiento personal

Eliminar estrés y frustraciones.

Estar bien con nosotros mismos.

La persona asertiva reconoce la frontera de su propia individualidad y la de los demás, se respeta a sí mismo, es directo, honesto, sabe escuchar, es positivo y respeta a los demás. En 1940 la asertividad fue descrita inicialmente por Salter Andrew quien la consideraba como rasgo de personalidad, es así que se consideraban que algunos lo poseían y otros no; sin embargo más tarde Wolpe(1958) y Lazarus(1966) reflexionan en el sentido de señalar, a la asertividad como la expresión de los derechos y

sentimientos personales además que esta situación la asertividad se presenta en ciertas situaciones y otras no.(Lazarus,RS,Folkman,1984)

Jakubowski (1973), Aberti junto a Emmons (1970) en sus investigaciones obtienen resultados que muestran que las personas con conductas relativamente poco asertivas creían que no tenían derecho a sus sentimientos, creencias, y opiniones.

Otros autores retoman la asertividad como aquella conducta que posibilita la disminución de la ansiedad, en tanto que Fensterheim y Baer (1976) define al individuo asertivo como una personalidad excitativa o activa, el que defiende sus propios derechos y no presenta temores en su comportamiento es así que a través de esta investigación se desarrolla conceptos y se llega a l que afirman la necesidad de estudiar la asertividad como un proceso de aprendizaje que se va adquiriendo y no así como parte de la personalidad sin desmerecer la interactividad que poseen.

Stephen R. Covey(1995 es uno de los investigadores que inicia el trabajo de los niveles asertivos con respecto a la organización empresarial indicando que tal cual los hábitos de una persona altamente afectivas se considerarían al ser pro activo, el ser responsable de nuestro propio destino y de nuestra respuestas ante cualquier estímulo de éxito o fracaso, la asertividad hace que los estímulos que nos llegan sean los que exactamente nos fueron enviados; y hace que enviemos aquellos mensajes que en realidad queremos manda y que esenciarían nuestro respeto y el de los demás(LAZARUS, RS, Folkman. 1984).

2.3.1 Definiciones

Existen diversas definiciones de asertividad. Ciertos autores consideran la asertividad como la conducta que posibilita la disminución de la ansiedad, otros la consideran como la defensa de los derechos propios y algunos como la habilidad para expresar sentimientos y pensamientos. No obstante se ha tratado de definirla en numerosas ocasiones, algunas más acertadas que otras, a continuación se expone la definición que hacen diferentes autores en relación a la asertividad.

Güell y Muñoz (2000) define a la conducta asertiva como la expresión apropiada de las emociones en las relaciones, sin que se produzca ansiedad o agresividad. Por su parte, de Mézerville (2004) considera que el concepto de autoafirmación se caracteriza por la capacidad que tiene la persona de expresar abiertamente sus deseos, pensamientos o habilidades y la define como la libertad de ser uno o una misma y poder conducirse con autonomía y madurez. Lo contrario a la autoafirmación implicaría inhibirse o anularse

(Riso W, 2000) explica que una persona es asertiva cuando tiene la capacidad de ejercer o defender sus derechos personales; por ejemplo, decir “no”, expresar opiniones contrarias o desacuerdos y manifestar sentimiento negativos sin permitir que la manipulen, como lo hace la persona sumisa, ni violar los derechos de otras personas, como lo hace la agresiva.

Branden, (2004, p. 76), define este concepto como uno de los pilares de la autoestima y establece que: La autoafirmación significa respetar mis deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada, que quiere decir que es la disposición a valerme por mi mismo, a ser quien soy abiertamente, a tratarme con respeto en todas las relaciones humanas.

Neidharet, Weinstein y Conry (1989, p. 115) definen el término asertividad como: La confianza puesta en nuestra propia persona, en nuestras opiniones, en nuestros derechos y en nuestras reclamaciones. Es decir, es una firmeza que emana de la propia personalidad, es una autoafirmación personal.

Según estos autores la asertividad es saber decir las cosas, en el momento oportuno y de manera segura y abierta permitiendo que la persona se haga responsable de sus sentimientos y que con toda responsabilidad la de a conocer a los demás.

2.3.2 Componentes de la conducta asertiva

A. Conducta Asertiva

Se entiende por conducta asertiva, una conducta dirigida a alcanzar alguna meta deseada y que continúa en dirección a esta meta, a pesar de los obstáculos en el ambiente o las oposiciones de los demás. La actitud de una persona asertiva es básicamente la de tener derecho a alcanzar sus metas individuales, en la medida que respete este mismo derecho en los demás, expresando abiertamente los sentimientos, opiniones y creencias, en forma adecuada, en el momento oportuno, permitiendo lo mismo en los demás.

La aserion implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. Las personas tienen que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y que consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos. La conducta su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y de las minimizaciones de las desfavorables (Lazarus.RS, Folkamn, 1984)

B. Componentes observables de la conducta Asertiva.

Componentes no verbales: tono de voz, postura corporal, tiempos de latencia, expresión facial, manejo de la mirada, congruencia no verbal con el contenido, gesticulación adecuada (RISO, 1988)

Componentes verbales: Implica la calidad de los contenidos, longitud del discurso, adecuación de los contenidos, expresión de sentimientos, claridad de la exposición (RISO,1988).

La conducta motora verbal se puede determinar bajo dos puntos, lo que se dice con palabras y se puede observar la entonación y volumen de voz. Es decir que la expresión del sujeto puede analizarse en dos grupos de componentes, el contenido en sí, lo que el sujeto dice, piensa y siente en segundo lugar la entonación y el volumen de voz, el sistema de procesamiento cognitivo, es el resultado de una serie de pasos previos en el procesamiento de la información, donde interactúan varios factores al igual que el

sistema de procesamiento autonómico, como pueden distorsionar la entonación, disminuir sustancialmente el volumen de voz, incluso inhibir totalmente el contenido.(Riso, 1988)

C. Componentes Cognitivos

Entre los principales trabajos que se han hecho respecto a los componentes intervinientes en la emisión de la conducta asertiva, se encuentra el de Schwartz y Gottman en la década de los setenta. Estos autores llevan a cabo una investigación en la cual consideran tres sistemas de respuesta para realizar el análisis de la conducta asertiva, estas son:

Respuestas cognitivas.

Respuestas fisiológicas.

Respuestas conductuales abiertas.

Otro aspecto importante que debe considerarse dentro de estos componentes intervinientes en la emisión de una conducta asertiva. Es el señalado por Eisler y Cols. Ellos demostraron que la conducta asertiva es una respuesta específica altamente determinada por las propiedades de la situación interpersonal. Así frente a cada situación se requiere conductas interpersonales específicas. (RISO, 1998)

Bruch, Heisler y Conroy en los años ochenta, realizaron un análisis más sofisticado de la conducta asertiva y descubrieron que la habilidad para resolver problemas interpersonales y el estilo de procesamiento de la información, son habilidades cognitivas importantes que mediaran el desempeño de una conducta asertiva efectiva.

Por tanto la conducta asertiva es aquella que le permite a la persona expresar adecuadamente(sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad y combinado los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir que no, expresar desacuerdo, hacer y recibir crítica, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto(dar y recibir elogios, expresar sentimientos

positivo en general), de acuerdo con sus objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta, trayendo al traste la segunda dimensión que no es más que la consecuencia del acto. Existe una tercera respuesta que no toma en cuenta ni la primera ni la segunda y tiende a efectuarse sin meditación por lo que torna violenta atacante (Tamayo, 2005)

Cuando la persona percibe que su conducta no es aceptada por la sociedad, se ve a si mismo como un ser socialmente inaceptable y esto se convierte en un aspecto dominante en su percepción del Yo. El razonamiento externo también neutraliza la introducción de conflictos para la cual todavía no se está preparado. Es por esto una vez reforzada la autoestima de una forma asertiva, pudiéramos eliminar ansiedad y desarrollar ciertas disposición para el intercambio, entonces se encontrara preparado para afrontar las consecuencias

D. Conducta no asertiva

CONDUCTA AGRESIVA

Según (Cornejo,L. Y Baranda,B.,1983) este último tiempo se ha observado un aumento en las investigaciones que buscan diferenciar la conducta asertiva de la no asertiva, y de la agresiva. Entre el comportamiento asertivo y no asertivo parecen haber límites más claros y definidos, sin embargo, la conducta asertiva y la agresiva han sido frecuentemente confundidas tanto por el público en general, como por los mismos investigadores.

Se ha considerado la importancia del respeto por los derechos de los demás personas como el punto central desde donde surge la diferencia entre ambos conceptos (Cornejo y B.,1983)

Se entiende por conducta agresiva una conducta que origina a partir de las actitudes y sentimientos de hostilidad hacia los otros. El propósito de la conducta agresiva es atacar a las otras personas o ejercer poder sobre ellas de alguna forma. Esta conducta busca humillar, negar y despreciar a otros.

Estas definiciones permiten tener una mejor aproximación al entrenamiento asertivo, ya que al discriminar entre ambas conductas, se pueden precisar más objetivamente las metas que persiguen dicho procedimiento terapéutico. Algunos estudios muestran que la aserción puede tener efectos interpersonales negativos. De aquí, la importancia de que los procedimientos de entrenamiento asertivo busquen entrenamiento de aserciones positivas como la expresión de efecto, o bien de conductas que no violen o ignoren los derechos de los otros, sino que consideren las necesidades y deseos de las dos partes implicadas en la interacción(Cornejo y B., 1983)

CONDUCTA PASIVA

Transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar tus sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera auto derrotista, con disculpas, con faltas de desconfianza, de tal modo que los demás puedan de tal modo no hacerle caso. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es apaciguar a los demás y así evitar conflictos a toda costa. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que esta interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta incompleta. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas.

Después de varias situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de si mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer los pensamientos de las otras personas.

Después de varias situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de si mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que esta realmente diciendo la otra persona o tener que leer los pensamientos de la otra persona es una tarea difícil y abrumador que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se esra comportando de forma ni asertiva.

2.3.3 Tipos de Asertividad

Sabemos que al ser asertivos expresamos nuestras necesidades en diferentes situaciones, y para ello se ha determinado siete tipos de aserción según lo referido por Castanyer (1996), así se establece:

1. Aserción positiva: este tipo de aserción ya se ha descrito anteriormente en breves términos, sin embargo, es aquella expresión adecuada, en el momento oportuno de percepciones buenas hacia las personas, reconocimientos, halagos que verdadera y francamente se siente.

2. Aserción negativa. Entra en uso a la hora de afrontar una crítica de otra persona, consiste en expresa nuestro acuerdo con la crítica recibida revelando la voluntad de corregir, aceptando nuestras cualidades negativas.

3. Aserción básica o elemental: es una expresión simple, clara y sencilla de los propios intereses y la defensa de los derechos. Las situaciones que hacen merecedoras de estas conductas son entre algunas las interrupciones, descalificaciones, desvalorizaciones, es decir, en situaciones que apreciemos que estamos siendo agredidos verbal o no por otros.

- Lo importante es guardar las características propias de la asertividad, evitando la agresión

4. Aserción empática o con conocimiento: parte del concepto de empatía que es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona, comprendiendo sus argumentos pero no necesariamente compartiéndolos; así la aserción empática involucra transmitir el reconocimiento hacia la otra persona, posteriormente la trasmisión de nuestra propia opinión sin renunciar a nuestros derechos de forma que predisponemos positivamente al interlocutor para llegar a afinidades y consensuar ideas. Esta conducta puede conformar una estrategia para parar un ataque agresivo.

5. Aserción escalonada o ascendente: significa la elevación gradual de la firmeza de la respuesta básica o elemental, es decir, se intensifica progresivamente nuestra postura asertiva; en ciertas situaciones una sola afirmación no basta para que la otra persona o interlocutor respete nuestros derechos. Es importante recordad que los seres humanos podemos influir hasta cierto límite en la conducta, más allá de aquello, el problema recae en la otra persona.

6. Aserción de confrontación: su uso es merecedor cuando se recibe mensajes contradictorios de los hechos con las palabras del interlocutor con el objetivo de lograr una reflexión de la conducta emitida por la otra persona.

7. Aserción subjetiva: nos permite expresar sentimientos que provoca cierta conducta sin mostrar agresividad o retribuir la culpa a los demás, es utilizado cuando se produce una agresión de forma inconsciente por la otra parte. Forma un tipo de respuesta muy hábil, ya que, bien aplicada, la persona a quien le digamos dicha respuesta no podrá decir nunca que la hemos agredido. Es mucho más efectivo exponer cómo algo que hace otra persona nos afecta, que atacar al otro y echarle la culpa de lo que nos hace.

Para aplicarla sigue el siguiente esquema de respuesta:

- a) Descripción objetiva del comportamiento "Cuando tú haces..."
- b) Descripción de los sentimientos presenciados "Entonces, yo me siento..."
- c) Descripción clara del comportamiento del otro "El resultado es que yo..."

d) Expresión de lo que queremos de los otros "Preferiría..."

2.3.4 Perfil de la persona asertiva

Ser asertivo se ha definido como el hecho de defender los derechos personales y expresar los pensamientos, sentimientos y creencias de maneras directas, honestas y apropiadas que no violen los derechos de otra persona. (A. J. Lange y P. Jakubowski, *Responsible Assertive Behavior: Cognitive/Behavioral Procedures for Trainers* citado por Beverly, 2003).

En términos terapéuticos Bosch (2012), menciona que la persona asertiva posee cuatro características:

1. Se siente libre para manifestarse mediante palabras y actos.
2. Puede comunicarse con personas de todos los niveles y esta comunicación es abierta, directa, franca y adecuada.
3. Tiene una orientación activa en la vida. Sabe lo que quiere y va en su búsqueda. En contraste con la persona pasiva, que aguarda a que las cosas sucedan, intenta hacer que sucedan las cosas.
4. Actúa de un modo que juzga respetable. Al comprender que no siempre puede ganar, acepta sus limitaciones. Gane, pierda o empate, puede que se sienta más o menos decepcionado pero conserva su autoestima. También, de acuerdo con Bellack y Morrinson (1982, en Caballo, 2005), es una respuesta socialmente habilidosa sería el resultados final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y terminaría con la opción escogida. Por lo tanto, una persona asertiva:

- Siente una gran libertad para manifestarse, para expresar lo que es, lo que piensa, lo que siente, sin lastimar a los demás (empático).

- Es capaz de comunicarse con facilidad y libertad con cualquier persona, sea ésta extraña o conocida y su comunicación se caracteriza por ser directa, abierta y franca y adecuada.

- En todas sus acciones y manifestaciones se respeta a sí misma y acepta sus limitaciones, tiene siempre su propio valor y desarrolla su autoestima; es decir, se aprecia y se quiere a sí misma, tal y como es.

- Su vida tiene un enfoque activo, pues sabe lo que quiere y trabaja para conseguirlo, haciendo lo necesario para que las cosas sucedan, en vez de esperar pasivamente a que éstos sucedan por arte de magia.

- Acepta o rechaza, de su mundo emocional, a las personas: con delicadeza, pero con firmeza, establece quiénes van a ser sus amigos y quiénes no.

- Se manifiesta emocionalmente libre para expresar sus sentimientos. Evita los dos extremos: por un lado represión y por el otro la expresión agresiva y destructiva.

- El individuo asertivo suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales; está satisfecho de su vida y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo.

- Es expresivo, espontáneo, sincero y seguro en la expresión de sus sentimientos y emociones, y es capaz de influenciar y guiar a los otros.

- Fundamental para ser asertivo es el darse cuenta tanto respecto a sí mismo como al contexto que le rodea. El darse cuenta sobre uno mismo consiste en “mirar adentro”.

- Es directo. El individuo asertivo actúa sin pensar: cuando se enfrenta a un problema, toma de inmediato una acción constructiva. Toma decisiones rápidas y le gusta la responsabilidad. Sobre todo está libre de ansiedad.

- Creen en sus legítimos valores y sentimientos. Por lo tanto, y como lo mencionan Castanyer y Ortega (2013) la persona asertiva conoce sus derechos y los defiende

respetando a los demás. No se plantea sus relaciones sociales en términos de ganar o perder sino de llegar a un acuerdo

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es de tipo cuantitativo ya que el mismo nos permite la recolección de datos con base en la medición numérica, debido a que los datos son productos de mediciones, los cuales se presentan mediante números (cantidades) y se deben analizar a través de métodos estadísticos.

Los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuyen a la generación de conocimiento (Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P., 2014)

1.2. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación que guía los procesos investigativos de la presente investigación es de **tipo correlacional**, ya que la misma busca conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Para después cuantificar y analizar tal vinculación. Los cuales se sustentaran con una hipótesis sometida a prueba (Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P., 2014)

1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del presente proyecto de tesis es **no experimental de tipo transversal** ya que su fin es la recolección de datos en un solo momento sin la manipulación deliberadamente de las variables, en un tiempo único. Su propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P., 2014) .

1.4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

INTELIGENCIA EMOCIONAL (V1)

El concepto de Inteligencia Emocional es conocido gracias a que, en 1990, Peter Salovey y John Mayer lo nombraron por primera vez como la “habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Fulquez, 2010: 62).

ASERTIVIDAD (V2)

Conducta que permite expresar adecuadamente oposición y afecto de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta Riso (1988).

2.1 OPERALIZACION DE VARIABLES

CATEGORIA	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE 1 Inteligencia Emocional	Percepción Emocional	Prestar atención a los sentimientos de los demás Preocuparse por lo que uno siente Dedicar tiempo a emociones propias Prestar atención a emociones y estados de ánimo propios Dejar que los sentimientos	Tipo Likert De 1 al 5	Autoinforme TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)
	Comprensión Emocional	Tener claro los sentimientos Definir más sentimientos Siempre saber cómo me siento Conocer sentimiento sobre las personas Darse cuenta de sentimientos en diferentes situaciones Poder decir cómo me siento	Tipo Likert De 1 al 5	

		<p>Poder decir cuáles son mis sentimientos</p> <p>Llegar a entender mis sentimientos</p>		
	<p>Regulación Emocional</p>	<p>Ser optimista</p> <p>Aunque me sienta mal, procuro en cosas agradables</p> <p>Cuando estoy triste pienso en cosas agradables de la vida</p> <p>Intento tener pensamientos positivos aunque me siento mal</p> <p>Trato de calmarme cuando las cosas se vuelven complicadas</p> <p>Me preocupo por tener buen estado de animo</p> <p>Tengo mucha energía cuando me siento feliz</p> <p>Cuando estoy enojado intento cambiar mi estado mental</p>	<p>Tipo Likert</p> <p>De 1 al 5</p>	

CATEGORIA	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
<p>VARIABLE</p> <p>2</p> <p>Asertividad</p>	<p>Asertivos</p> <p>Indiferentes</p> <p>Ansiosos</p> <p>No asertivos</p>	<p>Factor 1: Capacidad de rechazar peticiones. Factor 2: Capacidad de admitir y expresar deficiencias personales.</p> <p>Factor 3: Capacidad de iniciar interacciones sociales.</p>	<p>Tipo Likert</p> <p>De 1 al 5</p>	<p>Inventario de asertividad de Gambrill y Richey</p>

		<p>Factor 4: Capacidad de expresar sentimientos positivos.</p> <p>Factor 5: Capacidad de encajar críticas.</p> <p>Factor 6: Ser capaz de expresar discrepancia con la opinión de los demás.</p> <p>Factor 7: Ser asertivo en situaciones que ofrecen un servicio.</p> <p>Factor 8: capacidad de realizar críticas a los demás.</p>		
--	--	--	--	--

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1 POBLACION

La investigación cuenta con dos poblaciones de estudio, ambas cuentan con características muy diferentes en el ámbito social, familiar y económico, entre otros. Estos factores son puntos relevantes para la investigación, pues permitirán determinar si existe o no correlación entre ambos grupos.

La primera es la carrera de enfermería perteneciente a la Universidad Mayor de San Andrés, universidad pública del Estado Plurinacional de Bolivia, establecida desde 1830 en el departamento de La Paz (sede de gobierno).

Está ubicada en la zona Miraflores de la ciudad de La Paz. Ha sido seleccionada para este estudio por el interés de la directora Lic. María Eugenia Mendoza en la investigación planteada, así como la disposición de los profesores a colaborar con la aplicación de las pruebas cediendo el tiempo necesario. Además, la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés tiene la mayor cantidad de estudiantes en la ciudad.

La segunda población corresponde a la carrera de enfermería de la Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani, universidad privada con sede principal en la ciudad de La Paz fundado en 1963 con el objetivo de fundar una institución de educación superior inspirada en los principios de la Iglesia Católica. La Unidad Académica Campesina de Pucarani fue creada el 30 de marzo de 1987.

Está ubicado en la Provincia Los Andes, ha sido elegida para esta investigación por el apoyo brindado por autoridades superiores, como la Directora de carrera Lic. Luciana, el plantel docente también se mostró dispuesto a colaborar cediendo el espacio y el tiempo requerido para la aplicación de las pruebas.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

UNIVERSIDAD	GRADO	Nº DE ESTUDIANTES
Universidad Mayor de San Andrés	PRIMERO	56
	SEGUNDO	25
	TERCERO	38
	CUARTO	44
Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani	PRIMERO	49
	SEGUNDO	29
	TERCERO	22
	CUARTO	38
TOTAL		301

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018

2.3 MUESTRA

El tipo de muestra de la presente investigación es probabilística por estratos ya que las unidades de análisis se encuentran en subgrupos: son estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani de los cursos de primer a cuarto año.

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra está conformada por 317 estudiantes de la carrera de enfermería que pertenecen a 2 diferentes universidades: *Universidad pública (Universidad Mayor de San Andrés)* y *Universidad Privada (Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani)*. Se obtuvo una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%.

4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

4.1 INSTRUMENTOS

➤ **Inventario de Inteligencia Emocional TMMS-24**

Nombre: Inventario de Inteligencia Emocional TMMS – 24. Versión reducida y adaptada al castellano de Fernández- Berrocal, Extremera & Ramos (2004).

Autor: Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai (1995).

Nº de Ítems: 24, que evalúan tres dimensiones (Percepción, Comprensión, Regulación de las emociones).

Antecedentes:

La escala original Trait Meta-Mood Scale (TMMS) es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales. Inicialmente, el TMMS, que constaba de 48 ítems (TMMS – 48), fue la primera prueba de inteligencia elaborada por un equipo de trabajado encabezado por Salovey en el año 1995. Su propósito era evaluar la estabilidad de las personas en su forma de atender, discriminar y regular estados de ánimos y emociones propias y de otros. Este instrumento tiene como base teórica un enfoque cognitivo basado en el modelo de Inteligencia Emocional de Peter Salovey y Jhon Mayer.

En el año 2004, esta escala fue adaptada por Fernández–Berrocal, Alcalde Domínguez, Fernández – MC Nally, Ramos y Ravira. Al realizarse el análisis factorial

de sus componentes principales quedó reducida a 24 ítems. La TMMS-24 resultante es un instrumento que proporciona un indicador de los niveles de Inteligencia Emocional.

La escala está compuesta por tres subfactores: percepción de los propios sentimientos, comprensión emocional y regulación de los estados de ánimo. Cada uno de estos factores se evalúa a través de 8 ítems. Estos ítems hacen referencia a los tres procesos:

1. Percepción Emocional: “soy capaz de sentir y prestar atención a los sentimientos de forma adecuada”.
2. Comprensión emocional: “identifico y comprendo bien mis estados emocionales”.
3. Regulación emocional: “me preocupo por tener un buen estado de ánimo”.

CRITERIOS DE EVALUACION DEL TMMS-24		
PERCEPCION	COMPRESION	REGULACION
Poca: Debe mejorar su percepción, tiene poca capacidad de sentir y expresar sus sentimientos adecuadamente	Poca: Debe mejorar su comprensión. Tiene poca comprensión de los estados emocionales.	Poca: Debe mejorar su regulación, no regula correctamente sus estados emocionales.
Adecuada: Tiene una adecuada percepción de sus emociones, es decir, tiene una buena capacidad de sentir y expresar sentimientos	Adecuada: Tiene una adecuada comprensión de sus estados emocionales.	Adecuada: Regula adecuadamente sus estados emocionales
Demasiada: Debe mejorar su percepción. Siente y expresa demasiado sus emociones	Excelente: Excelente comprensión de los estados emocionales.	Excelente: Regula Excelentemente sus emociones.

El inventario se aplica de manera individual a cada sujeto. Se le facilita el protocolo que consta de 24 afirmaciones, donde debe anotar el grado de conformidad que encuentra con el ítem presentado a partir de las cinco escalas tipo Likert de 5 puntos, donde 1=Nada de acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo. No hay límite de tiempo. El promedio de aplicación oscila entre 10 a 20 minutos aproximadamente. Los datos que arroja el inventario da como resultado tres escalas de Inteligencia Emocional: “poca”, “adecuada” y “excelente”.

➤ **Instrumento asertividad.**

Nombre: Inventario Test de Asertividad de Gambrill y Richey.

Nombre original: Gambrill-Richey Assertion Inventory – GRAI.

Creadores: Gambrill y Richey.

Año: 1975

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivo: Recolectar datos para evaluar conducta asertiva.

Población dirigida: Adultos.

Categorías que mide:

1. Grado de ansiedad que provoca en el sujeto diversa situaciones.
2. Probabilidad de respuesta de una conducta asertiva ante situaciones planteadas.
3. Situaciones en las que una persona le gustaría ser más asertiva.

Factores que mide:

- Capacidad de rechazar peticiones.
- Capacidad de admitir y expresar deficiencias personales.
- Capacidad de iniciar interacciones sociales.
- Capacidad de expresar sentimientos positivos.

- Capacidad de encajar críticas.
- Ser capaz de expresar discrepancia con la opinión de los demás.
- Ser asertivo en situaciones que ofrecen un servicio.
- Capacidad de realizar críticas a los demás.
-

5. PROCEDIMIENTO

Para desarrollar el trabajo de campo de la presente investigación, se efectuaron las actividades que se detallan a continuación.

Fase 1

Se estableció el contacto con las carreras de enfermería de ambas universidades, en el cual se indicó los objetivos y alcances de la investigación y se coordinó la fecha para la aplicación de los instrumentos, Inteligencia emocional y asertividad.

Fase 2

Se realizó una desensibilización a las estudiantes de la carrera de enfermería de ambas universidades para luego aplicar las pruebas de la investigación. Se aclaró que el manejo de la información recogida será para fines investigativos y su uso será confidencial.

Fase 3

La aplicación de los instrumentos de investigación, “Inventario Test de Asertividad de Gambrell y Richey” e “Inventario de Inteligencia Emocional TMMS-24”, la aplicación de los instrumentos se realizó en las respectivas instalaciones de la carrera de enfermería de Universidad Mayor de San Andrés y Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani, con ayuda del personal de la institución, la prueba se aplicó colectiva.

El llenado de los instrumentos tomó en promedio un estimado de 20 minutos por cada curso.

Fase 4

Posteriormente se obtuvo los resultados obtenidos de la población de estudio, fueron sometidos a un análisis e interpretación de los resultados por el investigador en relación a los objetivos de la investigación.

Fase 5

Por último el investigador realizó la redacción de las debidas conclusiones y recomendaciones en relación a los objetivos y la hipótesis de la investigación.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

DATOS PERSONALES

Cuadro 4.1: UNIVERSIDADES

Universidad Urbana- Publica		Universidad Rural- Privada		Muestra Total	
Universidad Mayor de San Andrés		Universidad Católica Boliviana UAC- Pucarani		Total	
179		138		317	

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018

Se observa que la muestra del presente estudio está conformada por 317 sujetos varones y mujeres. De este grupo 179 pertenecientes a la Universidad Mayor de San Andrés y 138 pertenecientes a la Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani.

Cuadro 4.2: SEXO DE LOS ESTUDIANTES

Universidad Urbana- Publica		Universidad Rural- Privada		Muestra Total	
Universidad Mayor de San Andrés		Universidad Católica Boliviana UAC- Pucarani		Total	
Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
153	10	124	14	277	24

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018

Como se señala en el cuadro 4.2, de los 179 estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés, 153 son del sexo femenino y 10 del sexo

masculino. Mientras que los 138 estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani, 124 son del sexo femenino y 14 del sexo masculino.

Por lo tanto, de los 317 estudiantes que integran la muestra, 277 son del sexo femenino y 24 del sexo masculino.

Cuadro 4.3. PARALELOS DE LOS ESTUDIANTES

PARALELO	Universidad Urbana- Publica	Universidad Rural- Privada	Muestra Total
	Universidad Mayor de San Andrés	Universidad Católica Boliviana UAC- Pucarani	Total
Primer Año	56	49	105
Segundo Año	25	29	54
Tercer Año	38	22	60
Cuarto Año	44	38	82

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018

Al considerar el paralelo al que pertenecen los sujetos de la muestra, se distingue que en la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés en primer año son 56 estudiantes, segundo año con 25 estudiantes, tercer año 38 estudiantes y cuarto año 44 estudiantes.

Por otro lado, en la carrera de enfermería de la Universidad Católica Boliviana UAC-Pucarani conforma la muestra en primer año con 49 estudiantes, segundo año con 29 estudiantes, tercer año con 22 estudiantes y cuarto año con 38 estudiantes.

Por lo tanto, la muestra del estudio está conformada por una mayor cantidad de sujetos en la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés (véase cuadro 4.3).

Cuadro 4.4. EDAD DE LOS ESTUDIANTES

	Universidad Urbana- Publica		Universidad Rural- Privada		Muestra Total	
	Universidad Mayor de San Andrés		Universidad Católica Boliviana UAC- Pucarani		Total	
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
16-18	25	15.34 %	26	18.84%	51	34.18%
19-21	74	45.40 %	53	38.41%	127	83.81%
22-24	55	33.74%	45	32.61%	100	66.35%
25-27	8	4.91%	11	7.97%	19	12.88%
28-30	1	0.61%	3	2.17%	4	2.78%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018

En el cuadro 4.4, se observa que la edad predominante entre los sujetos de la muestra es DE 19-21 años (83.81 %), y en segundo lugar DE 22-24 años (66.35 %).

En la carrera de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés, prevalecen los estudiantes de 19-21 (45,40 %) y de 22-24 años (33.74 %). En tanto que en la la carrera de enfermería de la Universidad Católica Boliviana UAC- Pucarani, sobre sale la edad de 19-21 años (38,41 %) y de 22-24 años (32,61 %).

RESULTADOS UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

Cuadro 4.5: Número de estudiantes de enfermería encuestados según

sexo

Sexo	N° estudiantes	Porcentaje
Femenino	153	93.87
Masculino	10	6.13
Total	163	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018

Se observa que del total de encuestas válidas, el 93,87% fueron del sexo femenino, mientras que el 6,13% fueron del sexo masculino (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.6: Universidad Mayor de San Andrés: Número de estudiantes de la Carrera Enfermería encuestados según curso de la Carrera

Curso	N° estudiantes	Porcentaje
Primero	56	34.36
Segundo	25	15.34
Tercero	38	23.31
Cuarto	44	26.99
Total	163	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018.

Por otra parte, de acuerdo al curso de la carrera de enfermería al que pertenecen, se observa que el mayor porcentaje correspondió a primero con el 34,36%, seguido del curso cuarto con el 26,99%, luego estuvieron los estudiantes de tercero con el 23,31% y finalmente los estudiantes de segundo con el 15,34% del total de encuestados (Cuadro 4.2).

Cuadro 4.7: Universidad Mayor de San Andrés: Número de estudiantes de enfermería encuestados según rango de edad

Rangos de edad	N° estudiantes	Porcentaje
16 - 18	25	15.34
19 - 21	74	45.40
22 - 24	55	33.74
25 - 27	8	4.91
28 - 30	1	0.61
Total	163	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018.

Asimismo, la edad de los estudiantes de enfermería encuestados de la UMSA, osciló entre los 16 y los 30 años, ubicándose el mayor porcentaje entre los 19 y 21 años, con el 45,40%, seguido de aquellos estudiantes que se encontraban entre los 22 y 24 años, con el 33,74% del total de estudiantes encuestados (Cuadro N 4.3).

Cuadro 4.8: Universidad Mayor de San Andrés: Resultados Atención Emocional en estudiantes de Enfermería Sexo Femenino - 2018

Curso	Promedio Atención Emocional	Mín. Atención Emocional	Máx. Atención Emocional	N° estudiantes mujeres	Porcentaje
Primero	24.08	13	35	52	33.99
Segundo	26.17	16	36	23	15.03
Tercero	25.84	14	40	37	24.18
Cuarto	22.44	10	31	41	26.80
Total Sexo Femenino	24.38	10	40	153	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA. – Junio 2018.

Como se observa en el (Cuadro 4.4) , los resultados en Atención Emocional para las estudiantes del sexo femenino, dieron un promedio general de 24.38, lo cual significa que deben mejorar su atención, que prestan poca atención. No obstante, de manera

separada para los cursos de segundo y tercero, el indicador mejora a 26.17 y 25.84 respectivamente, lo cual los sitúa en un adecuado nivel de atención.

Cuadro 4.9 Universidad Mayor de San Andrés: Atención Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Atención Emocional	Mín. Atención Emocional	Máx. Atención Emocional	N° estudiantes varones	Porcentaje
Primero	24.00	15	37	4	40
Segundo	27.50	25	30	2	20
Tercero	19.00	19	19	1	10
Cuarto	21.67	20	24	3	30
Total Sexo Masculino	23.50	15	37	10	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

En cuanto a los estudiantes del sexo masculino, de acuerdo al promedio general en Atención Emocional, el resultado del 23.50 los sitúa en el nivel en el que prestan adecuada atención, es decir en el nivel óptimo. Sin embargo, este indicador cae notoriamente en los estudiantes de Tercero, con un valor de 19, que significa que no prestan suficiente atención.

Cuadro 4.10 Universidad Mayor de San Andrés: Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino

Curso	Promedio Claridad Emocional	Mín. Claridad Emocional	Máx. Claridad Emocional	N° estudiantes mujeres	Porcentaje
Primero	23.73	10	40	52	33.99
Segundo	23.41	9	36	23	15.03
Tercero	24.57	12	36	37	24.18
Cuarto	23.59	15	39	41	26.80
Total Sexo Femenino	23.85	9	40	153	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Con relación a la Claridad Emocional, en promedio se observa que para las estudiantes mujeres, se obtuvo un 23.85. Esto significa que se encuentra en el límite entre mejorar su claridad emocional y tener adecuada claridad emocional

Cuadro N°4.11 Universidad Mayor de San Andrés: – Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Claridad Emocional	Mín. Claridad Emocional	Máx. Claridad Emocional	N° estudiantes varones	Porcentaje
Primero	18.75	16	21	4	40
Segundo	24	19	29	2	20
Tercero	25	25	25	1	10
Cuarto	22	21	23	3	30
Total Sexo Masculino	21.40	16	29	10	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Respecto a la Claridad Emocional, los estudiantes del sexo masculino que fueron encuestados, a nivel general obtuvieron un promedio de 21.40, lo cual significa que

deben mejorar su claridad emocional. Sin embargo el promedio a nivel de los Segundos y Terceros mejoró a 24 y 25 respectivamente, aunque aun así se debe mejorar la claridad emocional, que es la capacidad de comprender bien los propios estados emocionales.

Cuadro 4.12 Universidad Mayor de San Andrés: Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino

Curso	Promedio Reparación de Emociones	Mín. Reparación de Emociones	Máx. Reparación de Emociones	N° estudiantes mujeres	Porcentaje
Primero	27.02	10	39	52	33.99
Segundo	27.57	14	37	23	15.03
Tercero	27.59	18	39	37	24.18
Cuarto	23.88	14	37	41	26.80
Total Sexo Femenino	26.40	10	39	153	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Con relación a la reparación de emociones, las estudiantes mujeres encuestadas, en promedio general obtuvieron un 26.40, que equivale a tener un nivel adecuado de reparación de emociones, es decir que tienen capacidad para regular los estados emocionales de manera correcta. Este nivel se mantiene adecuado se observa en los cursos Primero, Segundo y Tercero, baja en las estudiantes de Cuarto, aunque no llega a salir del nivel adecuado de reparación de emociones.

Cuadro 4.13 Universidad Mayor de San Andrés: Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Reparación de Emociones	Mín. Reparación de Emociones	Máx. Reparación de Emociones	N° estudiantes varones	Porcentaje
Primero	27.15	20	40	4	40
Segundo	25.5	20	31	2	20
Tercero	25	25	25	1	10
Cuarto	21	18	26	3	30
Total Sexo Masculino	26,48	18	40	10	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Por otra parte, en cuanto a Reparación de Emociones en estudiantes varones, el promedio general fue de 26.48, que significa que tienen un nivel de reparación adecuado de reparación de emociones.

RESULTADOS ASERTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Cuadro 4.14: Universidad Mayor de San Andrés – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en estudiantes de Enfermería

Curso	Promedio Grado de Ansiedad	Mínimo Grado de Ansiedad	Máximo Grado de Ansiedad	N° Estudiantes Encuestados	Porcentaje
Primero	97	58	135	56	34,36
Segundo	100	58	151	24	14,72
Tercero	109	71	166	38	23,31
Cuarto	107	22	144	45	27,61

Total General	103	22	166	163	100,00
----------------------	------------	-----------	------------	------------	---------------

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

De los estudiantes encuestados, se obtuvieron los siguientes resultados, en cuanto al grado de ansiedad, como se observa en el siguiente cuadro. De acuerdo a la escala que brinda el método utilizado, se observa que en general, en todos los cursos hay que trabajar con mayor énfasis para disminuir el grado de ansiedad y tener una conducta más asertiva, considerando que tienen en promedio niveles superiores a 71 puntos. Asimismo, se observa que en los cursos Tercero y Cuarto el grado de ansiedad se incrementa en promedio a 109 y 107 puntos, lo cual puede estar influenciado por un mayor nivel de carga de estudio.

Cuadro 4.15 Universidad Mayor de San Andres – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en estudiantes de sexo femenino - Enfermería

Curso	Promedio Grado de Ansiedad	Mínimo Grado de Ansiedad	Máximo Grado de Ansiedad	Nº Estudiantes Encuestadas	Porcentaje
Primero	96	58	135	52	33,99
Segundo	100	58	151	22	14,38
Tercero	110	71	166	37	24,18
Cuarto	106	22	144	42	27,45
Total General	103	22	166	153	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Al analizar los resultados de las estudiantes de sexo femenino de Enfermería de la UMSA, se observa que los resultados se mantienen por encima de 70 puntos, teniendo un promedio total 103 puntos y observándose que el grado de Ansiedad sube en los cursos Tercero y Cuarto, al igual que en los resultados generales. Esto significa que las estudiantes mujeres tienen que trabajar para disminuir el grado de ansiedad y lograr una conducta más asertiva, en las situaciones que se les presentan durante sus actividades diarias.

Cuadro 4.16 Universidad Mayor de San Andres – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en estudiantes de sexo masculino - Enfermería

Curso	Promedio Grado de Ansiedad	Mínimo Grado de Ansiedad	Máximo Grado de Ansiedad	Nº Estudiantes Encuestados	Porcentaje
Primero	99	71	120	4	40,00
Segundo	110	80	140	2	20,00
Tercero	81	81	81	1	10,00
Cuarto	117	112	127	3	30,00
Total General	105	71	140	10	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Por otra parte, al analizar el grado de Ansiedad por separado en estudiantes del sexo Masculino de la Carrera de Enfermería de la UMSA, se observa que en general, deben igualmente trabajar con mayor énfasis para disminuir su nivel de Ansiedad y lograr una conducta más asertiva, teniendo en todos los casos una puntuación por encima de los 70 puntos. A diferencia del sexo femenino, presentan niveles más altos de ansiedad en el Cuarto Curso, con un promedio de 117 puntos.

GRADO DE PROBABILIDAD DE RESPUESTA – INDICADOR DE ASERTIVIDAD – ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS.

Cuadro 4.17 - Grado de Probabilidad de Respuesta – Indicador de Asertividad – Estudiantes de Enfermería – Universidad Mayor de San Andres.

Curso	Promedio Grado de Probabilidad de Respuesta	Mínimo Grado de Probabilidad de Respuesta	Máximo Grado de Probabilidad de Respuesta	Nº Estudiantes Encuestados	Porcentaje
Primero	119	56	163	56	34,36
Segundo	122	63	159	24	14,72
Tercero	113	42	152	38	23,31
Cuarto	118	85	150	45	27,61
Total General	118	42	163	163	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

De acuerdo a la encuesta realizada sobre asertividad a 163 estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UMSA, los resultados nos muestran que en todos los casos sobrepasan los 70 puntos y tienen un promedio para todos los cursos encuestados de 118 puntos. Esto quiere decir que se debe trabajar en todos los cursos para mejorar los niveles de asertividad, que puedan coadyuvar posteriormente al desempeño de su carrera profesional.

Cuadro 4.18: Grado de Probabilidad de Respuesta – Indicador de Asertividad – Estudiantes de Enfermería - Sexo Femenino – Universidad Mayor de San Andres

Curso	Promedio Grado de Probabilidad de Respuesta	Mínimo Grado de Probabilidad de Respuesta	Máximo Grado de Probabilidad de Respuesta	Nº Estudiantes Encuestados	Porcentaje
Primero	119	56	163	52	33,99
Segundo	121	63	159	22	14,38
Tercero	113	42	152	37	24,18
Cuarto	118	85	150	42	27,45
Total General	117	42	163	153	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Como se observa en el siguiente cuadro, el grado de probabilidad de respuesta, de acuerdo a la encuesta realizada a las estudiantes del sexo femenino de la UMSA, nos muestra que en todos los cursos los resultados son superiores a los 100 puntos en promedio, lo cual significa que se debe trabajar con bastante énfasis para mejorar el nivel de asertividad de los mismos.

Cuadro 4.19: - Grado de Probabilidad de Respuesta – Indicador de Asertividad – Estudiantes de Enfermería - Sexo Masculino – Universidad Mayor de San Andres.

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UMSA – Junio 2018.

Curso	Promedio Grado de Probabilidad de Respuesta	Mínimo Grado de Probabilidad de Respuesta	Máximo Grado de Probabilidad de Respuesta	Nº Estudiantes Encuestados	Porcentaje
Primero	118	100	142	4	40,00
Segundo	132	107	156	2	20,00
Tercero	136	136	136	1	10,00
Cuarto	119	106	135	3	30,00
Total General	123	100	156	10	100,00

En el caso de los estudiantes de sexo masculino de Enfermería de la UMSA, los resultados en cuanto al grado de probabilidad de respuesta sobre Asertividad nos muestran de igual manera que se debe trabajar con mucho énfasis para mejorar los niveles de asertividad de los estudiantes, siendo el promedio general de 123 puntos.

RESULTADOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA – UNIDAD ACADÉMICA CAMPESINA PUCARANI.

Cuadro 4.20 : Universidad Católica Boliviana – UAC PUCARANI: Número de estudiantes de Enfermería encuestados según sexo

Sexo	Nº estudiantes	Porcentaje
Femenino	124	89,86
Masculino	14	10,14
Total	138	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018.

Se observa que del total de encuestas válidas, el 89,86% fueron del sexo femenino, mientras que el 10,14% fueron del sexo masculino (Cuadro 4.16).

Cuadro 4.21 : Universidad Católica Boliviana: Número de estudiantes de la Carrera de Enfermería encuestados según curso de la Carrera

Curso	Nº estudiantes	Porcentaje
Primero	49	35,51
Segundo	29	21,01
Tercero	22	15,94
Cuarto	38	27,54
Total	138	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018.

Por otra parte, de acuerdo al curso de la carrera de enfermería al que pertenecen, se observa que el mayor porcentaje correspondió a Primero con el 35,51%, seguido del curso Cuarto con el 27,54%, luego estuvieron los estudiantes de Segundo con el 21,01% y finalmente los estudiantes de Tercero con el 15,94% del total de encuestados (Cuadro 4.17).

Cuadro 4.22 :Universidad Católica Boliviana – UAC Pucarani: Número de estudiantes de Enfermería encuestados según rango de edad

Rangos de edad	Nº estudiantes	Porcentaje
16 - 18	26	18,84
19 - 21	53	38,41
22 - 24	45	32,61

25 - 27	11	7,97
28 - 30	3	2,17
Total	138	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta aplicada Junio 2018.

Asimismo, la edad de los estudiantes de enfermería encuestados de la Universidad Católica Boliviana – UAC Pucarani, osciló entre los 16 y los 30 años, ubicándose el mayor porcentaje entre los 19 y 21 años, con el 38,41%, seguido de aquellos estudiantes que se encontraban entre los 22 y 24 años, con el 32,61% del total de estudiantes encuestados (Cuadro 4.18).

Cuadro 4.23 : Universidad Católica Boliviana – UAC Pucarani: Resultados Atención Emocional en estudiantes de Enfermería Sexo Femenino - 2018

Curso	Promedio Atención Emocional	Mínimo Atención Emocional	Máximo Atención Emocional	N° estudiantes mujeres
Primero	25,29	1	36	42
Segundo	26,44	14	39	25
Tercero	25,00	12	34	22
Cuarto	28,06	14	39	35
Total	26,26	1	39	124

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada. Junio 2018.

Cuadro 4.24 : Universidad Católica Boliviana UAC Pucarani Atención Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Atención Emocional	Mínimo Atención Emocional	Máximo Atención Emocional	N° estudiantes varones
Primero	21,29	16	26	7
Segundo	26,50	22	36	4
Cuarto	20,33	18	22	3
Total	22,57	16	36	14

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – Junio 2018.

En cuanto a los estudiantes del sexo masculino, de acuerdo al promedio general en Atención Emocional, el resultado del 22,57 los sitúa en el nivel en el que prestan adecuada atención, es decir en el nivel óptimo. Sin embargo, este indicador cae notoriamente en los estudiantes de Primero y de Cuarto, con 21,29 y 20,33 que sitúa a estos cursos con un inadecuado nivel de Atención Emocional, que quiere decir que no prestan suficiente atención.

Cuadro 4.25: Universidad Católica Boliviana– UAC Pucarani: Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino

Curso	Promedio Claridad Emocional	Mínimo Claridad Emocional	Máximo Claridad Emocional	N° estudiantes mujeres
Primero	25,43	13	38	42
Segundo	26,24	15	37	25
Tercero	25,68	14	37	22

Cuarto	25,80	10	40	35
Total	25,74	10	40	124

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Con relación a la Claridad Emocional, en promedio se observa que para las estudiantes mujeres, se obtuvo un 25,74. Esto significa que tienen una adecuada claridad emocional, indicador que se mantiene en los 4 cursos encuestados.

Cuadro 4.26: Universidad Católica Boliviana UAC Pucarani – Claridad Emocional en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Claridad Emocional	Mínimo Claridad Emocional	Máximo Claridad Emocional	Nº estudiantes varones
Primero	20,29	16	30	7
Segundo	25,00	19	38	4
Cuarto	27,33	22	31	3
Total	23,14	16	38	14

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Respecto a la Claridad Emocional en los estudiantes del sexo masculino que fueron encuestados, a nivel general obtuvieron un promedio de 23,14, lo cual significa que deben mejorar su claridad emocional, en especial en el caso de los primeros cursos, donde recién están iniciando los estudios de Enfermería. En el caso de los estudiantes varones de segundo y cuarto cursos mejoran este indicador, a un nivel adecuado de claridad emocional.

Cuadro 4.27: Universidad Católica Bolivia UAC Pucarani – Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino

Curso	Promedio Reparación Emocional	Mínimo Reparación Emocional	Máximo Reparación Emocional	Nº estudiantes mujeres
Primero	29,76	15	39	42
Segundo	29,28	20	38	25
Tercero	31,09	20	39	22
Cuarto	30,03	5	40	35
Total	29,98	5	40	124

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Con relación a la reparación de emociones, las estudiantes mujeres encuestadas, en promedio general obtuvieron un 29,98, que equivale a tener un nivel adecuado de reparación de emociones, es decir que tienen capacidad para regular los estados emocionales de manera correcta. Este nivel se mantiene adecuado en todos los cursos que fueron encuestados.

Cuadro 4.28: Universidad Católica Boliviana UAC Pucarani – Reparación de Emociones en estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Reparación Emocional	Mínimo Reparación Emocional	Máximo Reparación Emocional	Nº estudiantes varones
Primero	26,00	18	34	7
Segundo	26,50	19	39	4

Cuarto	28,33	23	38	3
Total	26,64	18	39	14

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Por otra parte, en cuanto a Reparación de Emociones en estudiantes varones, el promedio general fue de 26.64, que significa que tienen un nivel adecuado de reparación de emociones, aunque se encuentran por debajo del promedio obtenido por las estudiantes mujeres.

RESULTADOS ASERTIVIDAD – UNIDAD ACADÉMICA CAMPESINA UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA.

Cuadro 4.29 UCB – UAC Pucarani – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en los estudiantes de Enfermería

Curso	Promedio Grado de Ansiedad	Mínimo Grado de Ansiedad	Máximo Grado de Ansiedad	Nº estudiantes encuestados	Porcentaje
Primero	100	71	168	49	35,51
Segundo	106	82	179	29	21,01
Tercero	100	69	142	22	15,94
Cuarto	97	45	151	38	27,54
Total General	100	ín	179	138	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Como resultado de la evaluación de Asertividad, se evaluó en primera instancia el grado de ansiedad de los estudiantes encuestados, que ascendieron a 138. En promedio, como se observa en el siguiente cuadro, se tiene un nivel de 100 puntos para los cuatro cursos encuestados. Esto significa que en general es necesario trabajar con mayor énfasis para disminuir el grado de ansiedad de los estudiantes, pues tienen un promedio mayor al de 70 puntos en todos los cursos.

Cuadro 4.30 : UCB – UAC Pucarani – Evaluación de Asertividad – Grado de Ansiedad en los estudiantes de Enfermería sexo femenino

Curso	Promedio Grado de Ansiedad	Mínimo Grado de Ansiedad	Máximo Grado de Ansiedad	Nº estudiantes mujeres encuestadas	Porcentaje
Primero	100	75	168	41	33,06
Segundo	106	82	179	26	20,97
Tercero	100	69	142	22	17,74
Cuarto	98	45	151	35	28,23
Total General	101	45	179	124	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Los resultados para las estudiantes de sexo femenino encuestadas, nos muestran similitud con los datos generales, siendo el promedio general de 101 puntos. Esto significa, que de igual manera, se considerando que un nivel óptimo debería estar por debajo de los 40 puntos.

Resultados Evaluación de Asertividad – Grado de probabilidad de respuesta – Estudiantes de Enfermería – Universidad Católica Boliviana – Unidad Académica Campesina Pucarani

Cuadro N° 4.31 UCB – UAC Pucarani - Evaluación de Asertividad – Grado de Probabilidad de Respuesta Estudiantes de Enfermería

Curso	Promedio Grado Prob. Respuesta	Mínimo Grado Prob. Respuesta	Máximo Grado Prob. Respuesta	Nº estudiantes encuestados	Porcentaje
Primero	124	83	188	49	35,51
Segundo	123	89	153	29	21,01
Tercero	123	72	185	22	15,94
Cuarto	116	73	166	38	27,54
Total General	122	72	188	138	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Respecto a los resultados del grado de probabilidad de respuesta en la evaluación de Asertividad, se observa que el promedio general para los estudiantes encuestados es de 122 puntos y en cada uno de los cursos el promedio supera los 100 puntos. Esto quiere decir que se debe trabajar bastante con los estudiantes de la Unidad Académica Campesina Pucarani de la UCB, para mejorar los resultados en cuanto al nivel de Asertividad, cuya puntuación óptima debería estar por debajo de los 40 puntos.

Cuadro 4.32 : UCB – UAC Pucarani - Evaluación de Asertividad – Grado de Probabilidad de Respuesta Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino

Curso	Promedio Grado Prob. Respuesta	Mínimo Grado Prob. Respuesta	Máximo Grado Prob. Respuesta	Nº estudiantes mujeres	Porcentaje
Primero	124	83	188	41	33,06
Segundo	123	89	153	26	20,97
Tercero	123	72	185	22	17,74
Cuarto	117	73	166	35	28,23
Total General	121	72	188	124	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Por otra parte, al analizar los resultados obtenidos para las estudiantes del sexo femenino, se observa que el promedio general del grado de probabilidad de respuesta es de 121 puntos, y en general en cada curso los resultados son también mayores a 100 puntos. Estos resultados nos sugieren que es necesario trabajar con mucho ahínco para mejorar el nivel de asertividad, que de acuerdo a la metodología aplicada, debería estar por debajo de los 40 puntos.

Cuadro 4.33 : UCB – UAC Pucarani - Evaluación de Asertividad – Grado de Probabilidad de Respuesta Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino

Curso	Promedio Grado Prob. Respuesta	Mínimo Grado Prob. Respuesta	Máximo Grado Prob. Respuesta	Nº estudiantes varones	Porcentaje
Primero	125	91	147	8	57,14
Segundo	124	96	140	3	21,43
Cuarto	113	80	166	3	21,43
Total General	122	80	166	14	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta realizada – UCB – Junio 2018.

Con relación a los resultados para los estudiantes varones, el resultado del grado de probabilidad de respuesta en la evaluación de Asertividad, nos muestra un promedio de 122 puntos. Esto quiere decir que en este caso también se debe trabajar arduamente para mejorar el nivel de asertividad de los estudiantes varones, que en un nivel óptimo, debería ser menor a 40 puntos, según la metodología aplicada

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD – ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA - UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

4.34 : Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería UMSA

	Media	Desv. Desviación	N
INTELIG. EMOCIONAL	74,15	14,437	163
ASERTIVIDAD	117,74	20,509	163

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

**4.35 : Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad -
Estudiantes de Enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés**

Correlaciones			
		INTELIG. EMOCIONAL	ASERTIVIDAD
INTELIG. EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	0,025
	Sig. (bilateral)		0,756
	N	163	163
ASERTIVIDAD	Correlación de Pearson	0,025	1
	Sig. (bilateral)	0,756	
	N	163	163

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

Al analizar el nivel de correlación entre la inteligencia emocional y la asertividad, para un total de 163 observaciones, en estudiantes de Enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés, se tiene como resultado que no existe correlación entre la inteligencia emocional y la asertividad, se que el nivel de correlación de Pearson nos da como resultado un $r = 0,025$. Esto significa que el nivel de inteligencia emocional no determina el grado de asertividad y a la inversa, el grado de asertividad no determina el nivel de inteligencia emocional.

Por otra parte, al analizar los resultados de la correlación para las estudiantes mujeres, los resultados son los siguientes:

4.36 : Estadísticos Descriptivos – Estudiantes mujeres Enfermería UMSA

	Media	Desv. Desviación	N
INTELIGENCIA EMOCIONAL	74,47	14,57560	153
ASERTIVIDAD	117,41	20,62686	153

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

4.37: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad

Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino - Universidad Mayor de San Andrés

Correlaciones			
		INTELIGENCIA EMOCIONAL	ASERTIVIDAD
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	0,043
	Sig. (bilateral)		0,601
	N	153	153
ASERTIVIDAD	Correlación de Pearson	0,043	1
	Sig. (bilateral)	0,601	
	N	153	153

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

Como se observa en el cuadro precedente, respecto a las estudiantes del sexo femenino, no existe correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad, debido a que no es estadísticamente significativa, teniendo un nivel de correlación $r = 0,043$. Esto quiere decir, que sólo para el grupo de estudiantes de Enfermería del sexo femenino de la UMSA, el nivel de Inteligencia Emocional no determina el nivel de Asertividad, como tampoco el nivel de Asertividad determina el nivel de Inteligencia Emocional.

Asimismo, para el grupo de estudiantes del sexo masculino, al hacer el análisis de correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad, se tienen los siguientes resultados:

4.38 : Estadísticos Descriptivos – Estudiantes Sexo Masculino – Enfermería UMSA

	Media	Desv. Desviación	N
INTELIGENCIA EMOCIONAL	69,30	11,66	10
ASERTIVIDAD	122,80	18,84	10

Fuente: Elaboración propia. SPSS

4.39: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad

Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino - Universidad Mayor de San Andrés

		INTELIGENCIA EMOCIONAL	ASERTIVIDAD
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	-0,44
	Sig. (bilateral)		0,206
	N	10	10
ASERTIVIDAD	Correlación de Pearson	-0,44	1
	Sig. (bilateral)	0,206	
	N	10	10

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

Los resultados muestran que el coeficiente de Correlación de Pearson es igual a $r = -0,44$, lo cual significa que no existe un nivel de correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad, debido a que para ello el resultado debería ser cercano a 1 o -1.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD – ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA – UNIDAD CAMPESINA – UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA

4.40: Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería Unidad Académica Campesina Pucarani – Universidad Católica Boliviana

	Media	Desv. Desviación	N
INTELIGENCIA EMOCIONAL	80,81	14,27	138
ASERTIVIDAD	121,54	23,85	138

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

4.41: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad

**Estudiantes de Enfermería – Unidad Académica Campesina Pucarani -
Universidad Católica Boliviana**

		INTELIGENCIA EMOCIONAL	ASERTIVIDAD
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	0,18
	Sig. (bilateral)		0,04
	N	138	138
ASERTIVIDAD	Correlación de Pearson	0,18	1
	Sig. (bilateral)	0,04	
	N	138	138

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

**4.42: Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino
Unidad Académica Campesina Pucarani – Universidad Católica Boliviana**

	Media	Desv. Desviación	N
INTELIGENCIA EMOCIONAL	81,77	14,06	124
ASERTIVIDAD	121,46	23,84	124

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

Al analizar el nivel de correlación entre la inteligencia emocional y la asertividad, para un total de 138 observaciones, en estudiantes de Enfermería de la Unidad Académica Campesina de la Universidad Católica Boliviana, se tiene como resultado que no existe correlación entre la inteligencia emocional y la asertividad, con un $r = 0,025$. Esto significa que el nivel de inteligencia emocional no determina el grado de asertividad y a la inversa, el grado de asertividad no determina el nivel de inteligencia emocional de los estudiantes.

4.43: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad

Estudiantes de Enfermería – Sexo Femenino - Unidad Académica Campesina Pucarani - Universidad Católica Boliviana

		INTELIGENCIA EMOCIONAL	ASERTIVIDAD
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	0,25
	Sig. (bilateral)		0,005
	N	124	124
ASERTIVIDAD	Correlación de Pearson	0,25	1
	Sig. (bilateral)	0,005	
	N	124	124

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

Analizando los resultados del sexo femenino en la UAC Pucarani de la Universidad Católica Boliviana, se observa que no existe correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad, teniendo un nivel de correlación de Pearson $r = 0,25$, lo cual significa que no es estadísticamente significativo. Esto quiere decir que el nivel de Inteligencia Emocional no determina el nivel de Asertividad y a su vez, el nivel de Asertividad no determina el nivel de Inteligencia Emocional.

4.44: Estadísticos descriptivos – Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino - Unidad Académica Campesina Pucarani – Universidad Católica Boliviana

	Media	Desv. Desviación	N
INTELIGENCIA EMOCIONAL	72,36	13,698	14
ASERTIVIDAD	122,29	24,833	14

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

**4.45: Resultados correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad
Estudiantes de Enfermería – Sexo Masculino - Unidad Académica Campesina
Pucarani Universidad Católica Boliviana**

		INTELIGENCIA EMOCIONAL	ASERTIVIDAD
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	0,16
	Sig. (bilateral)		0,582
	N	14	14
ASERTIVIDAD	Correlación de Pearson	0,16	1
	Sig. (bilateral)	0,58	
	N	14	14

Fuente: Elaboración propia. SPSS.

Por otra parte, al analizar los resultados para los estudiantes del sexo masculino, se puede observar que tampoco existe correlación entre Inteligencia Emocional y Asertividad, debido a que el nivel de correlación de Pearson es igual a $r = 0,16$, lo cual significa que este resultado no es estadísticamente significativo, por lo que el nivel de Inteligencia Emocional no determina el nivel de Asertividad, así como el nivel de Asertividad no determina el nivel de Inteligencia Emocional.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Como principales hallazgos de la evaluación realizada tanto en Inteligencia Emocional, Asertividad y la existencia de correlación entre ambos, podemos concluir que:

Universidad Mayor de San Andrés.

- En el caso de Atención Emocional, para la UMSA se tiene que las mujeres estudiantes deben mejorar su nivel de atención emocional, mientras que los varones estudiantes presentarían un adecuado nivel de atención emocional.
- Con relación a la Claridad Emocional, en promedio se observa que en la UMSA para las estudiantes mujeres, se obtuvo un 23.85. Esto significa que se encuentra en el límite entre mejorar su claridad emocional y tener adecuada claridad emocional.
- Respecto a la Claridad Emocional, los estudiantes del sexo masculino que fueron encuestados, a nivel general obtuvieron un promedio de 21.40, lo cual significa que deben mejorar su claridad emocional. Esto se refiere a la capacidad de comprender sus propios estados emocionales
- Con relación a la reparación de emociones, las estudiantes mujeres encuestadas de la UMSA, en promedio general obtuvieron un 26.40, que equivale a tener un nivel adecuado de reparación de emociones, es decir que tienen capacidad para regular los estados emocionales de manera correcta. Este nivel se mantiene adecuado se observa en los cursos Primero, Segundo y Tercero, baja en las estudiantes de Cuarto, aunque no llega a salir del nivel adecuado de reparación de emociones.

- Por otra parte, en cuanto a Reparación de Emociones en estudiantes varones, el promedio general fue de 26.48, que significa que tienen un nivel de reparación adecuado de reparación de emociones.
- Respecto a la evaluación de asertividad, en los estudiantes de Enfermería de la UMSA, en el caso del grado de ansiedad, se observa que en general, en todos los cursos hay que trabajar con mayor énfasis para disminuir el grado de ansiedad y tener una conducta más asertiva, considerando que tienen en promedio niveles superiores a 71 puntos. Asimismo, se observa que en los cursos Tercero y Cuarto el grado de ansiedad se incrementa en promedio a 109 y 107 puntos, lo cual puede estar influenciado por un mayor nivel de carga de estudio.

Unidad Académica Campesina Pucarani – Univesidad Católica Boliviana

- En el caso de las estudiantes mujeres de la UAC Pucarani de la UCB, los resultados en Atención Emocional, dieron un promedio general de 26,26, lo cual significa que tienen una adecuada atención emocional, aspecto que se mantiene en el total de los cursos encuestados.
- En cuanto a los estudiantes del sexo masculino, de acuerdo al promedio general en Atención Emocional, el resultado del 22,57 los sitúa en el nivel en el que prestan adecuada atención, es decir en el nivel óptimo. Sin embargo, este indicador cae notoriamente en los estudiantes de Primero y de Cuarto, con 21,29 y 20,33 que sitúa a estos cursos con un inadecuado nivel de Atención Emocional, que quiere decir que no prestan suficiente atención.
- Con relación a la Claridad Emocional, en promedio se observa que para las estudiantes mujeres, se obtuvo un 25,74. Esto significa que tienen una adecuada claridad emocional, indicador que se mantiene en los 4 cursos encuestados.
- Respecto a la Claridad Emocional en los estudiantes del sexo masculino encuestados, a nivel general obtuvieron un promedio de 23,14, lo cual significa que deben mejorar su claridad emocional, en especial en el caso de los primeros

cursos, donde recién están iniciando los estudios de Enfermería. En el caso de los estudiantes varones de segundo y cuarto cursos mejoran este indicador, a un nivel adecuado de claridad emocional.

- Con relación a la reparación de emociones, las estudiantes mujeres encuestadas, en promedio general obtuvieron un 29,98, que equivale a tener un nivel adecuado de reparación de emociones, es decir que tienen capacidad para regular los estados emocionales de manera correcta. Este nivel se mantiene adecuado en todos los cursos que fueron encuestados.
- Por otra parte, en cuanto a Reparación de Emociones en estudiantes varones, el promedio general fue de 26.64, que significa que tienen un nivel adecuado de reparación de emociones, aunque se encuentran por debajo del promedio obtenido por las estudiantes mujeres.
- Como resultado de la evaluación de Asertividad, se concluye que es necesario por un lado disminuir el nivel de malestar que se muestra en el grado de ansiedad de los estudiantes encuestados, que ascendieron a 138. En promedio, se tiene un nivel de 100 puntos para los cuatro cursos encuestados. Esto significa que en general es necesario trabajar con mayor énfasis para disminuir el grado de ansiedad de los estudiantes, pues tienen un promedio mayor al de 70 puntos en todos los cursos, siendo el nivel óptimo por debajo de los 40 puntos.

RECOMENDACIONES

- Si bien el resultado muestra que no existe correlación en ninguna de las Universidades que ha sido objeto de estudio, entre la Inteligencia Emocional y la Asertividad, es decir que el grado de inteligencia emocional de los estudiantes no determina su nivel de asertividad ni viceversa, es aún pertinente adecuar los programas de estudio para que puedan abordarse estas temáticas que son tan importantes para un adecuado desenvolvimiento a nivel social y a nivel de la prestación del servicio que realizan los profesionales en Enfermería.

- Es necesario implementar algún tipo de mecanismo para mejorar el nivel de asertividad en ambas Universidades. Esto significa que los estudiantes de Enfermería además de sus materias establecidas en el pensum, deben generar capacidades orientadas a mejorar sus niveles de reacción a nivel social, cuando ya tengan que desempeñarse en su carrera profesional.
- Asimismo, sería recomendable que también se vea la manera de implementar talleres de inteligencia emocional, donde se puedan abordar los diferentes aspectos que se analizan en el presente trabajo, como atención emocional, claridad emocional y reparación de emociones.
-

Bibliografía

- Ac, M. (2004). Recuperado el 27 de Febrero de 2019, de Emotional intelligence in nursing work. Adv Nurs: <http://newenglandcoaching.com/wp-content/uploads/EI-Nursing.pdf>
- Aradilla, H. (2013 de Abril de 2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería [Tesis doctoral]*. Recuperado el 2 de Febrero de 2019, de Barcelona: Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament, Universitat de Barcelona:
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/119774/ARADILLA_TESIS.pdf?sequence=1
- Auza, M. (2010). Inteligencia Emocional y Rendimiento Académico de estudiantes de tercero de Secundaria del complejo Educativo Integral Luz y Verdad de la Ciudad de Cochabamba. . *Tesis de Grado UMSA*.
- Barbara, A. B. (Diciembre de 2008). *Universidad de Cordoba*. Recuperado el 24 de Mayo de 2018, de Vivencias de la Enfermera en el rol de paciente durante la Hospitalizacion:
www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/barrera_barbara_alejandra.pdf
- Bermejo, J. (2004). Relación de ayuda a la persona mayor. España: Editorial Santander,.
- Binet A. (1909). España: Alicante.

- Bisquerra, R. ,. (2008). Educación Emocional y Bienestar. España: Wolters.
- Bolivia, P. D. (Diciembre de 2007). *MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA* . Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Bolivia_2008
- Calderón, C. L. (2011). Recuperado el 28 de Febrero de 2019, de Nivel de asertividad en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional mayorde San Marcos 2010:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1330/Lizarraga_cc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Celeste, B. (24 de Abril de 2015). *La importancia de la enfermeria*. Recuperado el 26 de Febrero de 2019, de <https://es.slideshare.net/CelesteBonillaTorres/importancia-de-enfermeria>
- Choliz, M. (25 de Agosto de 2005). *Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional del Dpto de Psicología Básica Universidad de Valencia*. Obtenido de www.uv.es/=choliz
- Cibanal LJAS, C. M. (2010). En *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud 2 a ed* (págs. 35-50.). España: Elsevier,Espana.
- Dia, E. (Lunes de Febrero de 2016). Recuperado el 7 de Junio de 2018, de El Dia:
<https://www.eldia.com.bo>

- Dickson, D., & Hargie, O. y. (1997). En *Communication skills training for health Professional*. London: Nelson Thornes Publishe.
- Elias Castells, A. (2005). Competencias de la profesión enfermera, , . *Educación Médica*, 89-94.
- Fernandez-Berrocal, P. (2004). *TMMS-24. Cuestionario Trait Meta Mood Scale-48 de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai adaptado al castellano por el grupo de investigación en Inteligencia emocional de la Universidad de Málaga*.
- Fulquez, S. (2010). *La inteligencia emocional y el ajuste psicológico: un estudio transcultural*. Obtenido de Trabajo de investigación de doctorado de la universidad de Universitat Ramon Llull:
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/108>
- G., G. J. (2010). En R. M. B., *Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico Para Menores Infractores* (pág. 75). Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense.
- Gabel, R. I. (2005). *teligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales*. Lima. Perú.
- Gallego Y, G. H. (Diciembre de 2014). *La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero*. Recuperado el 28 de Febrero de 2019, de Metas de Enfermería: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80677/la-salud-emocional-y-el-desarrollo-del-bienestar-enfermero/>

- Galperin, P. (1979). *Introducción a la psicología. Un enfoque dialéctico*. Madrid: Pablo del Río.
- García, M. (2005,). La asertividad, habilidad de la enfermera dinámica. *Mexicana de enfermería cardiológica*. Vol. 13,, 67-70,71,73.
- Gardner. (1993). *Multiple intelligences. The theory in practice*.
- Ghent, Van. (1961). *The English novel: Form and function*. New York: Harper & Row. 314 p.
- Goleman D. (1996). *Inteligencia emocional*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Goleman D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2002). *La Inteligencia Emociona*. 6.
- Gordillo. (2005). *Actitudes éticas de los profesores de Enfermería según la percepción de los alumnos del segundo, tercero y cuarto año de Enfermería*. Lima. *Universidad Nacional de San Marcos*.
- Guell, M. y. (2000). *Desconóctete a ti mismo*. En *Programa de alfabetización emocional* (págs. 63-65). Barcelona: Paidós.
- Guilera I Agüera, L. (2007). *Más allá de la inteligencia emocional*. Madrid: Thomson editores Paraninfo.
- Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*, sexta edición. México: McGraw-Hill.

- Herrera, H. (18 de febrero de 2010). *Factores y conductas de riesgo en el carrete universitario*. Recuperado el 2 de Marzo de 2019, de http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre2/_2003/drogas/modulo3/clase1/doc/carrete.doc
- Jimenez R. (2009). Gerencia e inteligencia emocional. *Revista Debates IESA*.
- Londoño, M. C. (2008). *Cómo sobrevivir al cambio: inteligencia emocional y social en la empresa* : Fundación CONFEMETAL. Madrid.
- López de Bernal, M. E., & González Medina, M. . (2005). *Inteligencia emocional: pasos para elevar el potencial infanti*. Bogotá: Gamma.
- Madden, S. (2001). El Consejo Internacional de Enfermeras y la reglamentación:. En *modelos para el siglo XXI* (págs. 21-24). Ginebra: CIE.
- Marriner A, R. (2004). *Modelos y Teorías de Enfermería* 6ª Ed. Madrid: Harcourt Brace.
- Martin D y Boeck. (1997). *Qué es inteligencia emocional*. Barcelona: EDAF.
- Martin, D. y Boeck, K. (1997). *Qué es inteligencia emocional*. EDAF.
- Mayer J D, Salovey. (1997). Emotional Intelligence.En Bisquerra Alzina, R. 2003. *Educación emocional y Competencias básicas para la vida. Revista de Investigación Educativa* (21),, 7-43.

- Müggenburg, P. R. (Septiembre de 2015). *paciente, Relaciones personales entre la enfermera y el paciente*. Recuperado el 28 de Febrero de 2019, de Enfermería Universitaria:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>
- Naranjo, P. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas, mediante una comunicaron conducta asertiva”. *Actualidades investigativas en educación*. Vol. 8, Nº 1, 1-27.
- Ramos, E. (2015). Competencias sociales y su representación en estudiantes de maestría en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*.
- Raya, D. A. (dic. de 2004). *Rev Cubana Salud Pública v.30 n.4 Ciudad de La Habana* . Recuperado el 24 de Junio de 2018, de Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400010
- Rey, J. C. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Recuperado el 2017 de Junio de 2018, de <https://core.ac.uk/download/pdf/58903470.pdf>
- Riso W. (2000). Entrenamiento asertivo. Medellín: Rayuela.
- Riso, W. (2001). Entrenamiento asertivo. En *Aspectos conceptuales* (págs. 45-53). Barcelona: Rayuela.

Rivera, M. (2007). *Bajo rendimiento Estudiantil en 2do año de carrera de Enfermería*

2006. Obtenido de Repositorio UMSA:

<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/10642?show=full>

Rodriguez, G. J. (2010). Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico

Para Menores Infractores,. En Rodriguez. Universidad Complutense de

Madrid.

Samaniego, C. (2011). La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo.

Reserchgate, 61. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/258168004_La_imagen_profesional_de_enfermeria_en_su_contexto_de_trabajo

Sosa, C. M. (2008). *Validación de la Escala de Inteligencia Emocional*

Autoinformada, Tesis de doctorado Universidad Complutense de Madrid. .

Obtenido de Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE) :

<http://eprints.ucm.es/8685/1/T30581.pdf>.

Tomey, A. (2000). Modelos y teorías de enfermería.4Ed. Madrid: Harcourt.

Trujillo Mara y Rivas Luis . (25 de enero-junio de 2005). *Orígenes, evolución y*

modelos de inteligencia emocional. INNOVAR. Revista de Ciencias

Administrativas y Sociales, vol. 15,. Obtenido de Universidad Nacional de

Colombia Bogo: www.redalyc.org/articulo.oa?id=81802502.

UCB, U. A. (2018). *Licenciatura en Enfermería*. Obtenido de

<http://uacucb.edu.bo/carreras/enf.php>

UMSA, C. d. (9 de Marzo de 2012). *Perfil institucional, misión y visión*. Obtenido de

<https://umsa.reyqui.com/2012/05/carrera-de-enfermeria-de-la-umsa-perfil.html>

ANEXOS