

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: Septiembre 2012/2013

Título: INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA

- Autora: Sara Valverde Fernández-

- Directora: Margarita Moreno Montoya-

ÍNDICE

1. Introducción y marco teórico.

1.1 ¿Qué es la Inteligencia emocional? Marco teórico	1
1.2 Modelos de IE	2
1.3 Medida de la IE	4
1.4 Importancia de la IE en el trabajo de Enfermería	4

2. Método _____ **7**

3. Objetivos _____ **7**

4. Desarrollo.

4.1 Inteligencia emocional, estrés , trabajo emocional, hostilidad entre enfermeras y fenómeno de Burn-Out.	8
---	---

4.2 Comparativa entre distintas unidades.

4.2.1 Cuidados intensivos	12
4.2.2 Atención Primaria	14
4.2.3 Cuidados paliativos	16

5. Discusión _____ **16**

6. Conclusión _____ **18**

7. Anexos.

8. Bibliografía.

RESUMEN

La Inteligencia emocional es importante en Enfermería porque aporta una serie de cualidades que permiten que el trabajo a desarrollar se realice en óptimas condiciones tanto para el paciente como para el profesional. La finalidad de este proyecto es establecer una similitud entre los problemas a los que se enfrenta la enfermería en diversas áreas y las posibles soluciones que la aplicación de la IE podría tener sobre dichos conflictos, siempre basándonos en las últimas investigaciones y evidencia disponible. Este trabajo arroja como conclusiones que la IE es imprescindible en el ámbito de la enfermería; especialmente en el contexto actual de recortes, alta carga de trabajo, disminución de incentivos, etc. ya que permite reducir los niveles de estrés actuando directamente sobre los estresores, reducir el incremento actual del fenómeno de Burn-Out, evitar el trabajo emocional y violencia lateral entre enfermeras. Todo esto permite establecer una relación óptima dentro del equipo multidisciplinar y por lo tanto un mejor cuidado del paciente; así como un aumento de la satisfacción tanto personal como profesional del enfermero.

1.INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1.1 ¿Qué es la Inteligencia emocional? Marco teórico.

La inteligencia emocional (a partir de ahora IE) se podría definir a grandes rasgos como la habilidad para reconocer y manejar nuestras propias emociones, así como la de los demás. Esto permite mejorar el cuidado que se presta; así como el trabajo en equipo, el bienestar y satisfacción profesional. A pesar de ser un término relativamente nuevo para las enfermeras, la IE está empezando a ganar terreno dentro de la literatura y estudios de nuestra profesión, ya que se trata de una cualidad inherente al cuidado, objeto principal de estudio de la enfermería.⁽¹⁾

Las raíces de la IE se remontan a la década de los años 20 cuando fue inicialmente propuesta por Thorndyke, quien formuló la hipótesis de que la inteligencia social era distinta de la capacidad académica de una persona, pero que era fundamental a la hora de obtener éxito⁽²⁾. El trabajo de Thorndyke⁽³⁾ corrió paralelo al desarrollo del trabajo de Jung acerca del estilo cognitivo y continuó con el desarrollo del Myers Briggs Trait Inventory en los 40's y 50's .

Tradicionalmente, la inteligencia ha sido asociada con obtener una buena puntuación en un test de coeficiente intelectual. Sin embargo, en las últimas décadas se ha probado que no hay un sólo tipo de inteligencia, si no que se pueden llegar a definir hasta 7 clases distintas, siendo por lo tanto el Coeficiente intelectual una medida muy burda y limitada de analizar la competencia intelectual de una persona.

Gardner⁽⁴⁾ indica que estos 7 tipos pueden subdividirse a su vez para definir de manera mucho más específica distintas habilidades. Además distingue dos tipos de inteligencia personal: la interpersonal, cuya habilidad fundamental es entender al grupo y la intrapersonal, la cual nos provee con una imagen precisa de nosotros mismos y que es fundamental a la hora de operar dentro de dicho grupo.

Goleman⁽⁵⁾ es el primero que categoriza todas estas habilidades de las que hablaba Gardner, dando una perspectiva más amplia del tema y estructurándolas en tres grupos: la inteligencia abstracta, relacionada con el lenguaje y las habilidades matemáticas; la inteligencia concreta, que se encarga de manipular objetos y la inteligencia social, cuyo objeto de estudio es el entendimiento y manejo

de relaciones sociales. Según Goleman, las habilidades interpersonales que definía Gardner son las que nos permite establecer relaciones con otros fácilmente, leer los sentimientos de otras personas y responder de manera adecuada, dirigir y organizar a otras personas y manejar discusiones fácilmente.

Sería por lo tanto apropiado dar cabida a la inteligencia interpersonal dentro del contexto de la enfermería, ya que es ventajoso formar buenas relaciones enfermera-paciente, según afirma Morse⁽⁶⁾. Por añadidura, tener cierta habilidad a la hora de negociar y organizar, son herramientas indiscutibles para el trabajo dentro de un equipo multidisciplinar, desafío al que se enfrentan diariamente todas las enfermeras.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es preciso que antes de llevar a cabo su trabajo, las enfermeras se hayan embarcado en un autoaprendizaje y un pensamiento reflexivo sobre ellas mismas y sus emociones, que les permita darse cuenta de sus valores y prejuicios. Todos estos prejuicios que puedan interferir en la relación enfermera-paciente, perjudicando el cuidado que se le preste al mismo, deberían ser dejados de lado, como afirma Burnard.⁽⁷⁾

Mayer and Salovey⁽⁸⁾ son mucho más explícitos a la hora de describir la IE, afirmando que tiene tanto una dimensión verbal como otra no verbal relacionadas con la expresión de emociones, control de las mismas y uso de ellas a la hora de resolver problemas; lo cual queda de manifiesto a lo largo del proceso de asesoramiento de un paciente e identificación de sus problemas, ya que las enfermeras no son inmunes a las emociones de un paciente. La interpretación de las emociones de un paciente puede traducirse en una mejora del estado emocional y de la ansiedad del mismo, si se hace un buen uso de las habilidades que nos brinda la IE.

1.2. Modelos de IE.

Mayer and Salovey son también los autores de uno de los 3 modelos imperantes en el campo de la IE. Estos 3 modelos difieren de 3 maneras: la manera en la cual el concepto fue desarrollado, la definición del concepto utilizada y los instrumentos y escalas usadas para medir.

El modelo de personalidad fue desarrollado por el Dr.Reuven Bar-On, que define el concepto de IE como un conjunto de atributos personales.

El segundo modelo o modelo de habilidad define el concepto como una habilidad y mide la IE con un test de habilidades. Este es el modelo de Mayer y Salovey, para los cuales la IE es la obtención y

buen uso de las siguientes habilidades: Correcta identificación de las emociones de uno mismo y los otros, uso de las mismas para facilitar los razonamientos, comprensión de los sentimientos de uno mismo y los otros y manejo de las emociones en un contexto emocional.⁽⁹⁾

El tercer modelo es muy conocido y usado a nivel mundial. Define la IE como una mezcla de habilidades que se pueden entrenar y atributos de la personalidad del individuo. Es el modelo del Dr. Daniel Goleman, también conocido como modelo mixto.⁽¹⁰⁾

(Anexos. Tabla 1)

Estos 3 modelos tienen un punto en común y es que comparten 4 dominios, que son los siguientes:

- **Conciencia de uno mismo:** Habilidad para comprender emociones profundas y ser capaz de expresarlas naturalmente.
- **Manejo de las emociones propias:** Habilidad para regular emociones, lo cual permite recuperarse antes del estrés emocional.
- **Conciencia del contexto social:** Capacidad de percibir y comprender las emociones de los demás como si estuvieran leyendo su mente.
- **Manejo de las relaciones sociales:** Habilidad de los individuos para hacer uso de sus emociones y construir relaciones positivas.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

(Anexos. Tabla 2)

En relación con estos 4 dominios se pueden definir a su vez 4 factores que influyen decisivamente en la IE. Son los siguientes:

- **Bienestar:** Autoestima, felicidad y optimismo de una persona.
- **Autocontrol:** Componentes básicos que controlan las emociones y el estrés.
- **Capacidad para emocionarse:** Incluye la percepción emocional de nosotros mismos y de los otros. La gente que considera que tiene altos valores en este factor perciben con mayor claridad sus emociones y las comunica mejor con los demás.
- **Sociabilidad:** Comprende la capacidad social, la capacidad para manejar las emociones y la asertividad.⁽¹³⁾

1.3. Medida de la Inteligencia Emocional.

En el modelo de personalidad se mide la IE con un instrumento de autoevaluación denominado “Emotional Quotient-inventory” (EQ-I) que mide cinco aspectos de la IE: el intrapersonal, el interpersonal, la adaptabilidad, el humor general y el estrés. ⁽¹⁴⁾

Tras unos cuantos ajustes Mayer y Salovey crearon una escala específica que cumplimentara su modelo de habilidades: la “MSCEIT” ((Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Test). La escala consiste en un test con 141 ítems que mide como la persona lleva a cabo distintas tareas, en lugar de preguntar a los demás por su opinión. Los resultados se pueden clasificar en 15 puntuaciones principales: IE total, dos puntuaciones de área (experiencial y estratégica), 4 de rama (En referencia a los dominios, que se describirán a continuación) y 8 puntuaciones en referencia a tareas diversas. También hay 3 puntuaciones suplementarias que hacen referencia al estilo de respuesta del participante. ⁽¹⁵⁾

En el modelo mixto, la escala que se usa es la denominada escala ECI , basada en la opinión que un supervisor, empleado o compañero tenga del profesional.

Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai ⁽¹⁶⁾ desarrollaron una medida, el Trait Meta-mood Scale, que hace referencia a los aspectos intrapersonales de la persona o sus habilidades para reparar los propios estados emocionales.

En España, también se desarrolló un proyecto que mantiene la estructura original de esta escala, y a través de 24 ítems, evalúa 3 dimensiones (8 ítems por factor): atención a los sentimientos, claridad emocional y reparación de las emociones. Esta escala se denomina TMMS-24.

1.4. Importancia de la IE en el trabajo de Enfermería.

Se podría definir el estrés como una interacción de numerosas variables que afectan a la relación de la persona y el ambiente. El Burnout sería por lo tanto un caso de estrés extremo y prolongado ⁽¹⁷⁾ que suele aparecer cuando el trabajo no ofrece ningún reto o recompensa o bien no aporta ningún feedback positivo. El alto estrés emocional que sufre el colectivo enfermero está muy bien documentado en múltiples investigaciones. El contexto actual de recorte de los salarios y personal, grandes cargas de trabajo y ambientes laborales enrarecidos sólo agravan esta situación.

En un estudio transversal acerca de estrés y Burnout a 287 profesionales de la salud médicos y enfermeros se estableció una hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.⁽¹⁸⁾

La IE no sólo puede y debe utilizarse como herramienta de manejo efectivo del estrés, si no que también tiene múltiples beneficios que se desprenden de su entrenamiento. Además cualquiera puede aplicarla con eficacia, ya que estudios empíricos recientes sugieren que la IE se puede entrenar⁽¹⁹⁾. Slaski and Cartwright⁽²⁰⁾ llevaron a cabo un entrenamiento entre managers de una empresa observando una disminución del estrés ocupacional y una mejor salud física y psicológica entre los asistentes a dicho entrenamiento.

Como sugirieron Petrides y Sevdalis⁽²¹⁾, el dominio científico de la enfermería avanzaría más rápido si se desarrollara la IE dentro del contexto de la enfermería y las investigaciones enfermeras; ya que la IE confiere una capacidad para el razonamiento, la intuición y la resolución de problemas dentro del dominio emocional.

La IE ha sido relacionada con variables tales como satisfacción en el trabajo y salud.⁽²²⁾ La satisfacción profesional es el grado en que los empleados tienen una orientación positiva hacia su trabajo motivada por la organización. Herzberg⁽²³⁾, es un gran contribuidor a la teoría de la motivación; introduciendo el concepto de “la teoría de los 2 factores”: uno referido a la “higiene”, que estaría integrado por factores ajenos al trabajo (Política de la compañía, administración, supervisión, relación con el jefe, etc.) y el otro factor; conocido como “motivadores”, que son intrínsecos a nuestro trabajo (crecimiento, responsabilidad, el trabajo en sí mismo, logros, etc). Según el autor, los factores extrínsecos son los causantes de la insatisfacción profesional mientras que los intrínsecos causan la satisfacción en el trabajo. La satisfacción profesional en enfermería puede definirse como una relación interpersonal terapéutica y significativa⁽²⁴⁾

Blegan⁽²⁵⁾ identifica 13 predictores de satisfacción profesional enfermera que están relacionados con atributos personales como edad, educación, años de experiencia, locus de control y variables

organizativas como jefe, comunicación, compromiso, estrés, autonomía, reconocimiento, rutina, comunicación ente colegas, ética y profesionalidad. El meta análisis concluyo que la satisfacción profesional estaba más relacionada con la comunicación con el supervisor, el reconocimiento del trabajo realizado y la ética entre otros.

Otros estudios sugieren que la satisfacción profesional tiene un efecto mediador en el Burnout de una enfermera en un ambiente altamente estresante ⁽²⁶⁾. Profesionales de la salud que están desilusionados, estresados o que sufren Burnout es poco probable que puedan proveer un buen cuidado y que desarrollen una buena comunicación con sus pacientes.

Brechin ⁽²⁷⁾ identificó otros factores que podían asociarse con la calidad de la relación paciente-enfermera. Estos incluían la importancia de las macro y microrelaciones, sugiriendo que éstas eran imprescindibles a la hora de analizar la manera en que se está ofreciendo dicho cuidado. También reconoció el valor de la “experiencia intrapersonal” y el impacto que las relaciones de cuidado tenían en la autoestima tanto del cuidador como de la persona cuidada y de la satisfacción experimentada por ambos.

Implicarse y comprometerse con los pacientes puede ser satisfactorio y la satisfacción profesional se adquiere cuando recibimos la apreciación de nuestros pacientes por dicho compromiso ⁽²⁸⁾. El consejo nacional para enfermería del Reino Unido, alentaba en el 2002 a sus profesionales a implicarse más con las decisiones de cuidado.

Von Dietze y Orb ⁽²⁹⁾ propusieron que era importante para las enfermeras experimentar la compasión ya que afectaba a su capacidad para tomar decisiones y reaccionar, contribuyendo a la excelencia en la práctica de enfermería. De manera similar, Henderson ⁽³⁰⁾ afirmaba que la implicación emocional de las enfermeras contribuía a la calidad del cuidado porque la mayoría perciben que dicha implicación es una cualidad insustituible para un trabajo de calidad. Por lo tanto, las emociones no pueden ser desechadas si no que tienen un lugar importante en la calidad del cuidado que uno puede proveer.

Las cualidades de la IE que son relevantes en enfermería son la habilidad de comprender a la persona, trabajar bien en equipo y ser consciente de las emociones propias. Graham ⁽³¹⁾ indica que las enfermeras necesitan ser “emocionalmente competentes” para cuestionarse a ellas mismas y ofrecer un cuidado holístico.

Druskat and Wolff ⁽³²⁾ enfatizan sobre todo el valor de la IE en el trabajo en equipo. Las enfermeras están muy familiarizadas con dicho concepto; ya que cooperan con otros profesionales del área de la salud. La IE da la base para que se cree la confianza y la identidad de equipo, cualidades imprescindibles a la hora de cooperar y colaborar.

2. OBJETIVOS

1. El **objetivo principal** de este trabajo es ofrecer una visión general acerca de como la IE puede ayudar a manejar términos tan cotidianos actualmente en la práctica de Enfermería como estrés, burn-out, satisfacción profesional, trabajo emocional, hostilidad entre enfermeras y aplicación práctica de la IE.

2. Objetivos Específicos:

- Obtener una perspectiva más profunda y amplia acerca de los mecanismos de afrontamiento que la inteligencia emocional proporciona en situaciones de estrés, Hostilidad entre enfermeras, fenómeno de Burnout y trabajo emocional.
- Establecer una comparativa entre las distintas unidades acerca de la influencia que la IE tiene actualmente en el trabajo de Enfermería: Comprobar si realmente la IE puede ser útil a la hora de reducir el estrés y mejorar el cuidado que se ofrece al paciente, así como aumentar la satisfacción profesional del enfermero. Diferenciar entre los aspectos básicos de IE en los distintos ámbitos que se presentan: IE en cuidados intensivos, atención primaria y cuidados paliativos.

3.MÉTODO

Para centrar la estrategia de búsqueda, se inició la misma en bases de datos tales como MEDLINE, Cochrane, PUBMED, Cinahl, PsychINFO y otras tantas bases de datos internacionales. La búsqueda incluyó todas las revisiones sistemáticas, artículos, investigaciones llevadas a cabo acerca de la materia entre enero de 2002 y diciembre de 2012. Las palabras clave usadas fueron: emotional intelligence, emotional competence, emotional intelligence AND nursing, emotional labour, emotional intelligence AND nursing AND burnout. Una investigación manual basada en libros y revistas publicadas sobre el tema fue llevada a cabo simultáneamente.

Los siguientes criterios fueron seguidos: Artículos y Resúmenes publicados en los últimos 10 años, en inglés y español, enfocados en perspectivas empíricas y teóricas y centrados en IE en relación a la enfermería.

La búsqueda arrojó un total de 100 resultados , de los cuales se desecharon 10 por estar duplicados. Tras una primera lectura exhaustiva, se excluyeron del estudio 28 al no ser demasiado fiables o no servir a los propósitos de nuestro trabajo. Los 62 artículos que resultaron fueron sometidos a una lectura manual, de la cual se extrajo de cada uno de ellos la idea esencial y se clasificó dicha información para ser redactada posteriormente.

4. DESARROLLO Y DISCUSIÓN

4.1 Inteligencia emocional, estrés , trabajo emocional, hostilidad entre enfermeras y fenómeno de Burn-Out.

Maslach and Jackson⁽³³⁾ argumentan que la presencia de demandas (como una gran carga de trabajo) y la ausencia de recursos (como el apoyo social) puede ayudar al desarrollo de burnout.

Es bien sabido que los empleados en trabajos de gran carga emocional como la enfermería son más vulnerables a padecer altos niveles de burnout. Esto conlleva un gran desgaste del personal, excesivas bajas laborales, reducción de la productividad y la eficiencia, que se manifiestan en un deterioro de la calidad del cuidado⁽³⁴⁾

Como enfermeras, lidiamos diariamente con la realidad inherente a un trabajo altamente estresante. Hay muchos factores que pueden causar estrés como cambios rápidos y ambiente complejo. En un estudio sobre las fuentes de estrés ocupacional en enfermeras, la alta carga de trabajo fue identificada como uno de las mayores fuentes de estrés, según afirmó Hipwell et Al⁽³⁵⁾

Foxall et al⁽³⁶⁾ llevó a cabo un estudio comparativo de las fuentes de estrés entre enfermeras de cuidados intensivos, cuidados paliativos y enfermeras de planta. Aunque no había diferencias significativas entre las enfermeras de las tres áreas, los estresantes eran diferentes para cada una de ellas, y oscilaban desde el afrontamiento ante la muerte, alta carga de trabajo hasta frecuentes rotaciones.

Desde los días de Florence Nightingale, la enfermería ha sido predominantemente una profesión

femenina, aunque en la actualidad también hay un vasto número de enfermeros. Algunas investigaciones sobre IE afirman que los hombres o mujeres difieren en cuanto a puntuaciones en componentes distintos de la misma. Por ejemplo; por norma general, los hombres tienen un puntaje mayor en tolerancia del estrés mientras que las mujeres suelen tener valores más altos en empatía⁽³⁷⁾ Humpel, Caputi, and Martin⁽³⁸⁾ examinaron la relación existente entre IE, estrés y emociones experimentadas en un grupo de 43 enfermeros (hombres y mujeres) de salud mental. Cuando se evaluó el estrés percibido, una relación significativa entre competencia emocional y dudas personales fue encontrada sólo entre los varones, sin embargo, a la hora de analizar la empatía, no se obtuvo una relación tan significativa. Dicho de manera más sencilla, los hombres y mujeres se estresan por circunstancias diferentes.⁽³⁹⁾

En el estudio de Landa, López-Zafra, Aguilar Luzón, and Fe Salguero de Ugarte⁽⁴⁰⁾ se afirma que cada persona se ve afectada por el estrés de manera diferente, según la habilidad de IE que tenga más desarrollada. Por ejemplo, aquellos que suelen tener un puntaje más alto en “atención a las emociones”, suelen estar más ansiosos o depresivos; a su vez, los que desarrollan la “claridad de emociones” y “reparación de las emociones” tienen menos nivel de estrés y ansiedad y mayores niveles de salud mental.

Dentro de este clima de hostilidad, numerosas investigaciones pudieron descubrir una variable muy importante a la hora de incrementar el riesgo de sufrir burnout en el ambiente laboral: lo llamaron “Hostilidad entre enfermeras” o “Nurse-to-Nurse Hostility” (A partir de ahora NNH).

Se puede definir la NNH como un patrón establecido de comportamiento; consiste principalmente en tener dudas a la hora de señalar a un compañero que lleva a cabo un comportamiento inadecuado por miedo a las represalias: aislamiento, rumores o sabotaje profesional. La NNH tiene su origen en la opresión y lleva a una baja autoestima.. Estas enfermeras tienen miedo a confrontar dichos compañeros lo que les genera una ansiedad enorme (denominada ansiedad confrontacional).

Según Druskat et al⁽⁴¹⁾, un comportamiento hostil o inapropiado entre los miembros de un equipo puede ser moderado o regulado por la competencia emocional que tenga el mismo: por lo tanto este evitamiento del conflicto lo que nos muestra es un indicador de la incompetencia emocional del equipo. Los grupos emocionalmente competentes comparten normas y creencias que los empoderan lo cual permite desarrollar la confianza y la seguridad a la vez que se promociona comportamientos apropiados y predecibles entre los miembros del equipo.

Las enfermeras que tienen un alto nivel de ansiedad confrontacional, tienen unos resultados significativamente bajos a la hora de regular emociones. Esto demuestra la importancia del desarrollo de habilidades emocionales cuando se forma parte de un equipo cuyo objeto de trabajo son las vidas humanas, ya que no sólo se pone en riesgo la salud del trabajador si no de la persona que tiene a su cargo. Griffin ⁽⁴²⁾, mencionado anteriormente, afirma que las enfermeras recién graduadas son particularmente afectadas por esta situación ya que aún no han desarrollado suficientes recursos para manejarla y en ocasiones abandonan la profesión antes de que finalicen los 2 primeros años.

Walrath, Dang, and Nyberg ⁽⁴³⁾ reportaron que otras enfermeras describían personalidades “que eran controladoras o difíciles de manejar”, las cuales inhibían la comunicación aportando argumentos del tipo “esto es así” o “se hará como yo diga”. Las características intrapersonales de dichas enfermeras que les llevan a decir tales cosas están dentro del individuo y se ven potenciadas por falta de competencia, fatiga o estrés.

Las emociones juegan un papel decisivo a la hora de reaccionar ante el estrés y el burnout ⁽⁴⁴⁾ Una teoría importante acerca de porqué se desarrolla estrés emocional es que las enfermeras llegan a alcanzar altos niveles de trabajo emocional negativo.

En los programas tradicionales de estudios, las enfermeras son adiestradas en el arte de corregir sus emociones y mantener una barrera profesional. Esto les confiere una forma de protección frente a las preocupaciones de los pacientes ⁽⁴⁵⁾. La manera en que el trabajo estaba orientado, más hacia las tareas que hacia un cuidado holístico, les permitía mantener este comportamiento. En las últimas décadas; sin embargo, surge una corriente de alejamiento de esta tendencia, y de acercamiento y compromiso con el paciente. La introducción del término “cuidado holístico” resultó en una relación enfermera-paciente menos formal que las que se alentaba tradicionalmente. Este movimiento sin embargo, requiere de una relación más abierta y una mejor comprensión que es facilitada cuando existe una buena relación entre la enfermera y el paciente.

Conocer a los pacientes, permite a las enfermeras interpretar sus preocupaciones, anticiparse a las necesidades y ayuda a lograr una mayor satisfacción profesional ⁽⁴⁶⁾. Sin embargo, están expuestas al estrés tanto físico como emocional de sus pacientes y tienen que lidiar con esto como parte de su trabajo diario. Aunque actualmente se considera aceptable que las enfermeras muestren sus emociones mientras empatizan con sus pacientes ⁽⁴⁷⁾, es necesario también para ellas tener una

manera de manejar sus emociones si son las únicas que están expuestas para ofrecer ayuda, consuelo y apoyo. Omdahl y O'Donnell ⁽⁴⁸⁾ diferencian entre preocupación empática y contagio emocional. Aconsejan a las enfermeras que utilicen estrategias para promover lo primero y evitar lo último.

Anteriormente había sido definido un concepto fundamental a la hora de entender estos mecanismos de contagio emocional y defensa ante el mismo. Este concepto es el “trabajo emocional”. Surge por primera vez en los trabajos de Hochschild ⁽⁴⁹⁾ y se trata de la supresión de cualquier sentimiento por otro que se supone es más adecuado con el clima emocional que se esté viviendo en el entorno: En enfermería, las emociones que se esperan consisten en mostrar una actitud de cuidado adecuada, expresar empatía por los pacientes y comprensión de sus sentimientos, lo cual puede llevar a dos reacciones poco sanas: la actuación de superficie (cuando la enfermera pretende sentir dicha emoción) o la actuación interna (cuando la enfermera se obliga a sentir dicha emoción). Ésta última necesita mucho trabajo, ya que la incongruencia entre lo que una enfermera siente y lo que se supone que debe sentir puede llegar a ser extenuante, desembocando en burnout, enfermedades psicosomáticas, incremento del absentismo, abuso del alcohol y drogas y depresión. ⁽⁵⁰⁾

Para evitar todas las consecuencias negativas anteriormente descritas en relación con el trabajo emocional, es donde juega un papel clave la IE. La IE provee las herramientas necesarias para que la enfermera no cambie sus emociones internas, sino que empatee con las del paciente, de tal manera que “sienta” genuinamente las mismas y su actuación interna como externa cambien en consonancia. De esta manera, la relación se vuelve fluida sin dejar “exhausta” a la enfermera y la calidad del cuidado mejora considerablemente. ⁽⁵¹⁾ Muetzel ⁽⁵²⁾ describe la sensación que se desprende de un trabajo emocional bien realizado como “el estar ahí conectando con los pacientes psicológicamente, físicamente y espiritualmente”.

Gerits et al ⁽⁵³⁾ llegó a la conclusión de que las enfermeras que tenían altos niveles de IE solían tener poco estrés emocional en comparación con sus compañeras que no tenían tan desarrolladas dichas habilidades emocionales. También se ha sugerido que la IE puede tener implicaciones en la promoción de la salud y la calidad de la salud profesional entre los enfermeros; además de favorecer actitudes más positivas, mejor adaptabilidad, mejores relaciones y una mayor orientación hacia lo positivo. ⁽⁵⁴⁾

El nivel de IE y comportamiento ético de nuestros colegas tienen un impacto significativo en el

comportamiento ético del resto de enfermeras. Un clima de trabajo que fomente la independencia, la fuerza de voluntad y aliente a utilizar el pensamiento crítico, será decisivo a la hora de reducir las dudas acerca de uno mismo y el estrés que dichas dudas causan.⁽⁵⁵⁾

Teniendo en cuenta todo lo aportado por estas investigaciones sería lógico dados los múltiples retos a los que se enfrenta la sanidad actualmente incrementar la resistencia al estrés de los trabajadores utilizando la IE para prevenir el burnout. Cualquier desafío emocional durante nuestra vida profesional puede tener un impacto negativo en nuestra actuación, acciones, salud y por lo tanto, la seguridad de nuestro paciente.⁽⁵⁶⁾

4.2. Comparativa entre distintas unidades.

4.2.1 Cuidados intensivos.

Las urgencias, cuidar de gente al borde de la muerte, falta de equipamiento y facilidades y no comunicarse bien con otros colegas son factores estresantes para los profesionales. Este estrés se hace más tangible en la unidad de cuidados intensivos, llegando a necesitarse intervenciones para reducir dicho estrés

En un primer estudio realizado por Kheiroollah Nooryan en el año 2011⁽⁵⁷⁾, se establece la relación existente entre la ansiedad experimentada por un grupo de enfermeras y médicos de cuidados intensivos y la IE. Para ello, se tomó una muestra formada por 30 médicos y 120 enfermeras de cuidados intensivos, unidad de quemados, hemodiálisis y sus equivalentes pediátricos. La muestra se dividió en dos: 60 enfermeras y 15 médicos como grupo de investigación y el resto como grupo control.

Tras realizar una serie de cuestionarios pre-investigación; que medían el estrés, la ansiedad y las habilidades emocionales de los participantes en la investigación, se procedió a iniciar un primer entrenamiento emocional sólo en el grupo de investigación. En la primera sesión se introdujo el concepto de IE, ansiedad y cómo reduce la eficiencia de los profesionales de salud. En la segunda sesión se les introdujo métodos de resolución de problemas, métodos para sustituir los pensamientos negativos por otros positivos, técnicas de relajación y métodos para controlar la ansiedad. En la tercera sesión, se trabajaron los métodos de identificación de las emociones de uno mismo y de los otros, independencia, autoconcepto y control de los impulsos.

Una vez terminado este entrenamiento, volvió a pasarse los cuestionarios de inicio, arrojando un resultado espectacular: Los participantes del grupo de investigación puntuaron mejor en IE y menor en términos de ansiedad que el grupo control.

En cuanto a la relación enfermera-paciente dentro de las unidades de cuidados intensivos, nos encontramos con un artículo conmovedor publicado por la enfermera Elizabeth O'Donnell ⁽⁵⁸⁾ acerca de su relación con Sam, un niño que muere en la UCI pediátrica durante ese año. La autora realiza un recorrido acerca de como la IE le ayuda durante dicho suceso, tanto a la hora de establecer una relación terapéutica como a la hora de aceptar la muerte de su paciente. Para ello utiliza el modelo de Titchen ⁽⁵⁹⁾ que establece términos como particularidad, reciprocidad, mutualidad y cuidado. La autora clasifica las etapas de su relación con el niño utilizando dichos términos.

- **Particularidad:** Se trata de conocer al paciente dentro del contexto de su enfermedad y de su vida personal, de tal manera que se puede conocer al paciente tanto por sus repuestas físicas como por sus sentimientos y percepciones. En UCI, la tecnología tiene una gran influencia a la hora de proveer cuidado, obteniéndose gran cantidad de información acerca de las respuestas fisiológicas y al tratamiento por los monitores. Así, la autora nos dice que cuando por primera vez se acercó al paciente, los monitores le arrojaron una imagen general de su estado; por lo tanto conocer dicha tecnología es fundamental en UCI, aunque en ocasiones pueda deshumanizar al paciente. Muchas enfermeras de UCI tienen problemas a la hora de conectar con su paciente, aunque el ratio de pacientes-enfermera sea menor que en otras unidades y se resguardan detrás de esta tecnología para establecer una barrera emocional.
- **Reciprocidad:** Se define como el intercambio de preocupaciones, conocimientos y cuidado que ocurre en una relación muy estrecha entre paciente-enfermera. El aspecto más importante de cuidado a los familiares dentro de UCI, es informar a los mismos adecuadamente del tratamiento que se aplica y la respuesta del paciente al mismo; acción que llevó a cabo la autora y que permitió a los familiares reducir su nivel de ansiedad y establecer una relación terapéutica más estrecha con la enfermera. Por lo tanto, una enfermera emocional y técnicamente competente es necesaria en estas unidades.

- **Mutualidad:** Puede describirse como el trabajo que realizan tanto el paciente como la enfermera para establecer una relación cercana, aunque debido a los conocimientos de la enfermera pueda establecerse una situación de poder y control y muy raramente puede alcanzarse en UCI, debido a la especificidad de los problemas que enfrentan dichos pacientes y que a veces sólo puede ser entendidos por médicos y enfermeras. En nuestro caso, el paciente no podía intervenir ni establecer relaciones con su enfermera, pero si su familia; los cuales al empezar a entender el problema de Sam, comenzaron a participar activamente en su cuidado y a establecer una relación terapéutica con la enfermera.
- **Cuidado:** En este modelo el cuidado se define como el uso que la enfermera da a todos sus conocimientos físicos, humanísticos y espirituales para promover la sanación del paciente y su crecimiento personal. La autora describe que al cuidar del cuerpo de su paciente, y al relacionar a la familia en dicho cuidado, pudo llegar a comprender como se sentía la familia y a conectar con el niño, lo cual le permitió ofrecer un cuidado más adecuado al mismo.

De todo esto se desprende que ambas partes que intervienen en este estudio, hallaron a través de la IE, crecimiento personal dentro de una relación terapéutica. La enfermera facilitó el viaje de la familia a través del dolor de tener que dejar ir a un hijo y a su vez, la enfermera aprendió a manejarse de manera efectiva dentro de la unidad y a proporcionar un cuidado óptimo a todos los pacientes que pasen por sus manos; experimentando menos ansiedad y ganando más seguridad a la hora de aplicar su cuidado, hecho que no hubiera sido posible sin el uso de la IE.

4.2.2 Atención Primaria.

En el proyecto desarrollado por Sarah Davies ⁽⁶⁰⁾ se discuten dos premisas básicas de la IE que podrían afectar al trabajo en atención primaria. La primera parte a investigar es la educación que se les da a los profesionales de enfermería. Generalmente, los programas tienden a excluir la IE del currículo; de tal manera que cuando una enfermera se enfrenta al mundo laboral, no tiene los recursos emocionales básicos para adaptarse al mismo. El problema con este modelo altamente competitivo es que prepara a profesionales en los que la gente no va a poder confiar, debido precisamente a esa falta de IE.

Se habla también del concepto de liderazgo e IE. En la literatura se describe al líder como una persona que se enfrenta a diario a situaciones problemáticas, por lo tanto debería estar entrenado en-

IE y estilos de liderazgo , así como tener capacidad para motivar al personal, estimularlos intelectualmente y dar un trato individualizado en el manejo de las relaciones interpersonales.

Durante el curso de la entrevista, surgen 4 ítems nuevos que no se habían incluido en la investigación inicial pero que son críticos para entender la IE:

- **Conciencia de uno mismo:** Para entender a los demás es preciso empezar por entenderse a uno mismo.
- **Control sobre las emociones:** Reconocer el humor en el que estamos y manejarlo de forma efectiva requiere un gran entrenamiento en IE, especialmente en situaciones muy volátiles. Dejar de lado las emociones negativas permite a las enfermeras trabajar en un ambiente tranquilo a pesar de lo que sienta y especialmente en tiempos de crisis. Las enfermeras se enfrentan a pacientes dentro de su contexto habitual, donde ellos se sienten seguros y decididos a dar su opinión, incluso en ciertas situaciones donde puede no ser lo más correcto. Mantenerse al margen permite controlar impulsos negativos que pueden afectar irremediablemente a la relación terapéutica.
- **Asesoramiento:** Los pacientes confían en las enfermeras de AP más que en cualquier miembro del equipo interdisciplinar. Es por eso que es fundamental la IE para dar congruencia a la información que queremos transmitir al paciente, ya que a veces sólo la comunicación verbal no es suficiente. La incongruencia entre lo que se dice y lo que se muestra, puede hacer que el paciente pierda confianza en la enfermera.
- **Experiencia:** Según la literatura tradicional, la IE aumenta a medida que se entrena; según lo cual las enfermeras que acaban de graduarse tendrán menos IE que las enfermeras aventajadas en su puesto.

Por lo tanto las conclusiones a las que se llegaron en este estudio muestran que la inteligencia emocional es esencial a la hora de dar un cuidado de calidad, los cuidados paliativos necesitan un alto nivel de IE con grandes implicaciones para profesionales y familiares del paciente. La IE también es esencial para prevenir el burnout y mantener la salud emocional, siendo especialmente importante un apoyo emocional informal del equipo en contraste con sesiones clínicas formales y además es un prerequisite para establecer aspectos técnicos y de cuidado, así como para ofrecer un

asesoramiento más comprensivo en intervenciones de cuidado. Por todo esto, la IE debería ser incluida en el currículo de los aspirantes a profesionales de enfermería.

4.2.3 Cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son un tema especial al que toda enfermera de AP se ha enfrentado en algún punto de su carrera. Mucha gente decide morir en casa, siendo atendidas únicamente por esta rama de la profesión enfermera. Esto hace que las enfermeras de AP paguen un peaje emocional muy alto, siendo especialmente importante en este caso el desarrollo de habilidades emocionales.

En un estudio ⁽⁶¹⁾ se describió como la IE era usada y expresada en esta situación entre la vida y la muerte por el colectivo de enfermería, se pone de manifiesto la necesidad de entrenar esta habilidad, especialmente en dicha situación.

Las enfermeras expresaron en este estudio distintas preocupaciones y retos que les imponía su trabajo en cuidados paliativos y que contribuían a crear un clima de estrés entre el colectivo enfermero. Las enfermeras pueden resguardarse detrás de normativas y reglas que les impidan tomar una decisión acerca de iniciar cuidados paliativos, utilizando dicha evasión como forma de barrera emocional. Es por lo tanto necesario fomentar una visión crítica y manejar las emociones negativas (como dolor, pena, ira) de una manera adecuada que no perjudique al cuidado final de un paciente. Este pensamiento crítico se puede fomentar si las enfermeras se paran a pensar acerca de ellas mismas y de sus decisiones de cuidado; así como establecer una relación de afinidad con el paciente que están cuidando.

Las enfermeras aportaron como conclusión que el comprender al paciente a través de habilidades de escucha activa y reflexión, les permitió comprenderse a sí mismas y a los otros contribuyendo a su crecimiento personal. Conocerse a sí misma es algo importante para las enfermeras ya que son ellas las que juzgan la salud y el bienestar de los demás.

5. DISCUSIÓN

De toda esta revisión se desprende la importancia de la IE a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo de la manera más adecuada, la que produzca mayor satisfacción profesional y menores consecuencias negativas tanto personales como profesionales.

Analizando punto por punto los objetivos planteados al inicio de esta revisión, los resultados obtenidos son los siguientes:

1. **Estrés, Burnout, Satisfacción profesional, trabajo emocional, hostilidad entre enfermeras e Inteligencia emocional.**

- Cada persona se ve afectada por el estrés de una manera diferente según las habilidades de IE que tenga desarrolladas. A mayor IE, menor es el estrés ocupacional de los enfermeros. Las enfermeras alcanzan altos niveles de estrés por acumular trabajo emocional negativo, el cual implica una falta de entrenamiento en IE
- El trabajo emocional negativo desemboca en Burnout, enfermedades psicosomáticas, incremento del absentismo, abuso del alcohol y drogas y depresión. La IE posee las herramientas necesarias para que la enfermera no “finja” sino que “conecte” con el paciente, eliminando el trabajo emocional negativo y las consecuencias anteriormente descritas.
- Las enfermeras que tienen un alto nivel de ansiedad confrontacional, tienen unos resultados significativamente bajos a la hora de regular emociones.
- La IE tiene implicaciones en la promoción de la salud y la calidad de la salud profesional entre los enfermeros
- La IE ayuda a eliminar la hostilidad entre enfermeras, lo cual repercute en un mejor cuidado del paciente y un mayor ratio de supervivencia, especialmente en servicios críticos como urgencias o cuidados intensivos.
- El dominio de la enfermería avanzaría más rápido si se desarrollara la IE dentro del contexto de enfermería e investigaciones enfermeras ya que confiere capacidad para el razonamiento y resolución de problemas.
- La satisfacción profesional está relacionada con la comunicación con el supervisor, el reconocimiento del trabajo realizado, la relación con el paciente y la ética entre otros; factores todos ellos entrenables mediante la IE.

2. Comparativa entre distintas unidades.

Como ya se ha podido observar a lo largo de este trabajo, la IE juega un papel muy importante en las distintas unidades que se han ido desarrollando. Las principales diferencias encontradas a lo

largo de esta revisión entre las distintas unidades han sido la fuente de estrés en las mismas. La IE a nivel general aporta una serie de beneficios que ya han sido descritos en el apartado anterior. Debido a las distintas situaciones a las que se enfrentan los enfermeros en las distintas áreas, sus estresores serán diferentes y aparecen descritos en la tabla que se aporta a continuación. (Anexos tabla 3)

6. CONCLUSIÓN

Como conclusión a esta revisión sólo añadir que un gran cambio en nuestra actitud y en el entendimiento de nuestro espacio de trabajo es vital. Muchos de nosotros aún no hemos comprendido lo intoxicante, estresante y lejos de lo ético que puede llegar a estar el entorno enfermero y sanitario en general. Tratamos de justificar nuestras emociones negativas alegando “que estamos teniendo un mal día”; por ejemplo, cuando nuestra carga de trabajo es elevada, nuestros pacientes están especialmente enfermos o nuestros compañeros están de muy mal humor. Llegamos incluso a aceptar que ésta es nuestra realidad.

Necesitamos incluir en los planes de estudios de enfermería la necesidad de manejar efectivamente la comunicación dentro de un equipo multidisciplinar, el respeto mutuo y la cooperación en la toma de decisiones para conseguir un cuidado de calidad holístico y óptimo.

Las enfermeras necesitan dar un paso adelante y señalar esta “hostilidad entre enfermeras” o “violencia lateral” -tanto física como verbal- como lo que es, una agresión. La IE ayuda a iniciar un viaje de conocimiento interior de lo que implica “ser una enfermera”, lo cual lleva tanto al crecimiento profesional como personal. Además aporta herramientas de manejo de conflictos que junto con lo anterior, ayuda a reducir considerablemente la hostilidad entre enfermeras. Sería recomendable incluir en los hospitales cursos de manejo de estrés que aporte estrategias para hacer frente al mismo y programas de entrenamiento para mejorar la autoestima del personal enfermero, así como sus habilidades emocionales.

La IE no está determinada y no es fija: no entiende de edad, género o raza y puede ser mejorada en cualquier momento. Cualquiera es capaz de aumentar sus niveles de IE. Por lo tanto, una mejora en los escasos métodos de entrenamiento que se están llevando a cabo y una implementación dentro del contexto de trabajo enfermero es necesaria.

La lectura que se ha llevado a cabo para esta revisión señala la importancia de una reforma masiva dentro del ambiente de trabajo enfermero tanto en hospitales como en la educación que reciben las enfermeras dentro del plan de estudios; crucial a la hora de reducir el Burnout y la insatisfacción profesional, para mejorar los conocimientos de las enfermeras más cualificadas y para desarrollar una calidad óptima del cuidado. Las enfermeras deben por lo tanto liderar estas reformas, investigar profundamente en el futuro tomando como evidencia los beneficios de su implementación en la clínica en el presente y reformando el contexto clínico de la enfermería. Sólo de esta manera se podrá reducir los estresores en el puesto de trabajo y por lo tanto todos los errores y vidas humanas que ello se ha cobrado.

7. ANEXOS

Tabla 1. Comparación entre los 3 modelos de IE.

Modelo	Modelo de Personalidad	Modelo de Habilidad	Modelo Mixto
Definición de IE	Facilitadores sociales y emocionales que influyen nuestro comportamiento racional.	Habilidad para percibir y expresar emociones; assimilarlas, comprenderlas, razonarlas y regular tanto las propias como las ajenas.	Capacidad para reconocer nuestros sentimientos y los de los otros así como manejar nuestras emociones y relaciones.
Contexto de Origen	Salud Comunitaria	Investigaciones sobre psicología cognitiva	Desarrollo de organizaciones
Medida	EQ-i	MSCEIT	ECI

Tabla 2. Resumen de las características contenidas en cada dominio.

<p>Conciencia de uno mismo: Reconocer las propias emociones y sus efectos. Saber nuestros puntos fuertes y limitaciones. Conocer nuestras capacidades y valía personal</p>	<p>Conciencia del contexto social: Empatía, reconocer y validar las necesidades de los demás, capacidad de reconocer el nivel en el que nos encontramos dentro de una organización</p>
<p>Manejo de las emociones propias: Mantener emociones negativas e impulsos a raya, Mostrar honestidad e integridad, demostrar responsabilidad, flexibilidad para adaptarse a nuevas situaciones u obstáculos, estar dispuesto a actuar y a alcanzar metas personales.</p>	<p>Manejo de las relaciones sociales: Notar las necesidades de desarrollo de los demás, utilizar tácticas de comunicación, enviar mensajes claros y convincentes, solucionar conflictos, crear una visión común y sinergia cuando se trabaja con otros para alcanzar una meta común.</p>

Tabla 3. Comparativa de estresores entre distintas unidades.

	Estresores	Influencia I.E
C. Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> -Urgencias. -Cuidar de gente al borde de la muerte. -Falta de equipamiento o desconocimiento de dicha tecnología para enfermeras recién graduadas -Falta de comunicación con los colegas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar relación terapéutica con el paciente, lo cual permite conocer mejor sus necesidades. -Disminución ansiedad confrontacional. - Reducción de deshumanización típica del paciente en estas áreas altamente específicas. -Disminución de posición de poder de la enfermera a favor de acercamiento al paciente y mejora de relación terapéutica.
A. Primaria	<ul style="list-style-type: none"> -Único personal sanitario en el cual el paciente suele confiar más a menudo. -Relación terapéutica inadecuada. - Falta de comunicación con el paciente y los compañeros. 	<p>Mediante la conciencia de uno mismo, el manejo efectivo del estado emocional y el control de las emociones, la IE permite establecer la mejor relación terapéutica entre enfermera y paciente, contribuyendo a realizar un asesoramiento óptimo del mismo.</p>
C. Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimientos encontrados acerca de la vida y la muerte. -Prejuicios personales que pueden retrasar la aplicación de analgesia en estos pacientes. -Pánico y miedo. 	<p>La IE ayuda a controlar dichas emociones negativas permitiendo así un cuidado óptimo del paciente y la familia.</p>

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Davies S, Jenkins E, Mabbett G. Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing* 2010;15(3):141-146.
2. C.H. McQueen A. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 2003;27(1):101-108.
3. Thorndyke EL. Intelligence and its uses. *Harper's Magazine* 1920;140:227-235.
4. Gardner H editor. *Multiple Intelligences*. 1993rd ed. Nueva York: Basic Books; 1993.
5. Goleman D editor. *Emotional Intelligence*. 2010th ed. Londres: Bloomsbury Publishing; 1996.
6. Morse JM. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *1991;17(7):809-821*.
7. Burnard P editor. *Counselling. A Guide to Practice in Nursing*. 1994th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
8. Mayer JD, Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 1993;17:433-442.
9. Mayer JD, Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 1993;17:433-442.
10. Winship G. Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010;17:940-948.
11. Gürelyüz G. The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:1625-1635.
12. Heffernan M, T. Quinn Griffin M, McNulty R. Self-compassion and emotional intelligence in

nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16:366-377.

13. Molina Kooker B, Shoultz J, E. Codier E. Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Professional Nurse* 2007;23:30-36.

14. Feather R. Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? Blackwell Publishing 2008:376-382.

15. Fernández Berrocal P, Extremera Pacheco N. La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 2005;19(3):63-93.

16. Mayer JD, Goleman SL, Turvey C. Emotional attention, clarity and repair: exploring the emotional intelligence using the trait mood scale. *Emotional, Disclosure & Health* 1995:125-154.

17. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventative Psychology* 1998;7:63-74.

18. Roman J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2003; 29 (2).

19 Fletcher I, Leadbetter P, Curran A. A pilot study assessing emotional intelligence training and communication skills with 3rd year medical students. *Patient Education & Counseling* 2009;76:376-379.

20. Slaski M, Cartwright S. Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health* 2003;19:233-240.

21. Petrides KV, Sevdalis N. Emotional intelligence and nursing: comment on Bulmer-Smith, Profetto-McGrath, and Cummings. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47:526-528.

22. Petrides KV, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. 2006;36:552-569.

23. Herzberg F. One more time: how do you motivate employees?. *Harvard's bus* 1968 ;1:53-63.
24. Wu L, Norman I. An investigation of job satisfaction, organisational commitment and role conflict and ambiguity in a sample of Chinese undergraduate nursing students. *Nurse education today* 2006;26:304-314.
25. Blegan MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nurs Res* 1993;42(1):36-41.
26. Williams LL. Impact of nurse's job satisfaction on organizational trust. *Health Care Manage* 2005;30(3):203-211.
27. Brechin A editor. What makes for good care? In *Care Matters* . 1998th ed. London: Sage; 1998.
28. McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47:101-108.
29. Von Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry* 2000;7(3):166-174.
30. Henderson A. Emotional labour and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 2001;8(2):139-138.
31. Graham IW. Reflective narrative and dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 1999;8(6):675-683.
32. Druskat VU, Wolff SB. Building the emotional intelligence of groups. *Harvard business Review* 2001;79(3):80-90.
33. Maslach C editor. *Burnout: The Cost of Caring*. 1982nd ed. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall; 1982. 34. Barnett RC, Brennan RT, Gareis KC. A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioural Research* 1999;4:65-78.

35. Hipwell AE, Tyler PA, Wilson CM. Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *The British Journal of Medical Psychology* 1989;62:71-79.
36. Foxall MJ, Zimmerman L, Standley R. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical–surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1990;15:577-584.
37. Stein SJ, Book H editors. *From individual to organizational emotional intelligence*. 2009th ed. Thompson: Hugues; 2009.
38. Humpel N, Caputi P, Martin C. The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001;10:55-60.
39. Druskat VU, Sala F, Mount G editors. *Linking Emotional Intelligence and Performance at Work, Current Research Evidence with Individuals and Groups*. 2006th ed. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
40. Landa JMA, López-Zafra E, Aguilar-Luzón M. Predictive validity of perceived emotional intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse education today* 2009;29:801-809.
41. Druskat VU, Sala F, Mount G editors. *Linking Emotional Intelligence and Performance at Work, Current Research Evidence with Individuals and Groups*. 2006th ed. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
42. Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2004;35:257-263.
43. Walrath JM, Dang D, Nyberg D. Hospital RNs' experiences with disruptive behaviour: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality* 2010;25:105-116.
44. Vitello-Cicciu J. Emotional Intelligence. *Nurse Management* 2003;34(10):28-33.

45. Menzies IEP. A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations* 1960;13:95-121.
46. Luker KA, Austin L, Carress A. The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. 2000;31(4):775-782.
47. Staden H. Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:147-156.
48. Omdahl L, O'Donnell C. Emotional contagion, empathetic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing* 1998;29(6):1351-1359.
49. Hochschild AR editor. *The Managed Heart: Commercialisation of Human Feeling*. 1983rd ed. Berkeley: University of California Press; 1983.
50. Vitello-Cicciu J. Emotional Intelligence. *Nurse Management* 2003;34(10):28-33.
51. Smith P editor. *The Emotional Labour of Nursing*. 1992nd ed. Houndmills: MacMillan; 1992.
52. Muetzel PA. In: Champan and Hall, editor. *Therapeutic nursing*. In *Primary Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units*. 1988th ed. Londres: Pearson and A.; 1988. p. 89-116.
53. Gerits S, Derksen J, Verbruggen AB. Emotional Intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences* 2005;38:33-43.
54. Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of clinical nursing* 2007;16:1405.
55. Anderson C. Past victim, future victim? . *Nursing Management* 2002;33:26-30.
56. Görgens G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress–burnout relationship: a

questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2012;21(2275):2278.

57. Kooryan K. Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *International Journal of General Medicine* 2011;5:5-10.

58. O'Donnell E. Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2008;13(3):138-143.

59. Titchen A editor. *Skilled companionship in professional practice*. 2001st ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 2001.

60. Davies S, Jenkins M, Mabbet G. Emotional intelligence: District nurses' lived experience. *British Journal of community nursing* 2010; 15 (3): 141-146.

61. McQueen A. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. 2000;9:723-731.