

Trabajo Fin de Grado

La Inteligencia Emocional como herramienta de mejora en el estado de salud de los pacientes quirúrgicos

Alumno: Teresa Muñoz Duarte

Director: Lucía Cuéllar Marín

Madrid, mayo de 2024

ÍNDICE

Glosario de abreviaturas	5
Resumen	6
Abstract	7
1. Presentación	8
2. Estado de la cuestión	9
2.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	11
2.1.1 Modelos de la inteligencia emocional	11
2.1.2 La inteligencia emocional y el bienestar subjetivo	14
2.1.3 La inteligencia emocional y la empatía	14
2.1.4 Ansiedad e inteligencia emocional	15
2.1.5 La inteligencia emocional en el entorno hospitalario	17
2.1.6 La inteligencia emocional en el área hospitalaria quirúrgica	19
2.2 Justificación.....	21
3. Objetivos	22
3.1 Objetivos	22
3.1.1 Objetivo general	22
3.1.2 Objetivos específicos	22
4. Hipótesis	23
5. Metodología	24
5.1 Diseño del estudio	24
5.1.1 Aspectos éticos	25
5.2 Sujetos de estudio	26
5.3 Variables	28
5.4 Intervención para evaluar.	30
5.5 Procedimiento de recogida de datos.....	31
5.6 Fases del estudio, cronograma.....	32
5.7 Análisis de datos	33
6. Conclusiones del marco teórico	34
7. Limitaciones del estudio	35
8. Bibliografía	36
9. Anexos	40
Anexo 1-TMMS-24	40

Anexo 2- State-Trait Anxiety Inventory, STAI.....	41
Anexo 3 – Hoja informativa.....	43
Anexo 4- Consentimiento informado.....	44
Anexo 5- CEIM	45

Glosario de abreviaturas

- IE: Inteligencia emocional.
- AE: Ansiedad estado.
- AR: Ansiedad rasgo.
- TMMS-24: Trait Meta Mood Scale – 24.
- STAI: State-Trait Anxiety Inventory.

Resumen

Introducción: Una intervención quirúrgica supone un impacto emocional en los pacientes que emerge sentimientos de miedo, estrés y ansiedad. Habitualmente se pasan por alto dichos sentimientos, dejando de lado el bienestar psicológico y prestando atención únicamente al estado físico del paciente. Se plantea el desarrollo de la inteligencia emocional para gestionar las emociones que aflora.

Objetivo: Conocer si trabajar la inteligencia emocional en pacientes quirúrgicos mejora su estancia hospitalaria.

Metodología: Se realizará un estudio experimental en pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente y que requieran estancia hospitalaria en un Hospital nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid. Los pacientes se dividirán en dos grupos, el grupo control no recibirá entrenamiento de la IE y el grupo experimental sí. Se recogerán los datos necesarios para realizar dicho estudio y serán rellenados por los pacientes las escalas TMMS-24 y STAI.

Palabras clave: inteligencia emocional, bienestar psicológico, ansiedad, preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio.

Abstract

Introduction: Surgical intervention has an emotional impact on patients, with feelings of fear, stress and anxiety emerging. These feelings are usually overlooked, leaving aside the psychological wellbeing, and focusing only on the physical state of the patient. The research proposal is the development of emotional intelligence to manage the emotions that emerge.

Objective: To find out whether working on emotional intelligence in surgical patients improves their hospital stay.

Methodology: An experimental study will be carried out on patients who are going to undergo surgery and who require a hospital stay in a level III hospital in the Autonomous Community of Madrid. Patients will be divided into two groups; the control group will not receive EI training and the experimental group will receive EI training. The data necessary for the study will be collected and the TMMS-24 and STAI scales will be filled in by the patients.

Key words: emotional intelligence, psychological well-being, anxiety, preoperative period, intraoperative period, postoperative period.

1. Presentación

Cada día se va dando más voz e importancia a lo que sentimos, ya que afecta directamente a nuestra salud. Sentirnos escuchados, comprendidos, poder desahogarnos, nos hace bien. Al trasladar esto a situaciones que no tratamos habitualmente y que tienen un gran impacto sobre nuestras emociones podemos encontrar, por ejemplo, las situaciones sanitarias a las que inevitablemente tenemos que hacer frente.

Es probable que todos conozcamos a alguien que haya acudido a quirófano o vaya a acudir próximamente, incluso en ocasiones, puede que se trate de nosotros mismos. Dicha situación emerge emociones difíciles de gestionar, las cuales considero que no son atendidas adecuadamente.

Tener la posibilidad de desarrollar la inteligencia emocional como herramienta para sobrellevar situaciones de estrés, ansiedad y miedo puede ayudarnos a gestionarlo de mejor forma. Existen carencias existenciales del entrenamiento de esta habilidad para hacer frente a distintas situaciones, incluyendo las sanitarias.

Mi rotación de prácticas en el quirófano me hizo reflexionar sobre cómo se debía sentir el paciente en la fase preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. Muchos de los pacientes han entrado llorando a quirófano durante mi rotación, han sentido ansiedad esperando en la sala preoperatoria y han manifestado una gran preocupación por el postoperatorio.

A esta experiencia se suma la intervención quirúrgica a la que fue sometida mi abuela el año pasado, con la que empaticé y viví más de cerca la ausencia de la gestión de emociones.

Esto me hizo cuestionarme si se estaban usando todos los recursos para que el paciente cuente con el mayor bienestar posible, ofreciéndole nuestros cuidados. De ahí apareció la idea de trabajar la inteligencia emocional como herramienta para conseguir que el proceso quirúrgico y la estancia hospitalaria sea más satisfactoria.

Quiero agradecer a mi familia, en concreto a mis padres y mi hermana, por apoyarme en aquellos momentos difíciles y animarme continuamente. Agradecer también a mis amigos de la universidad que me han acompañado en este camino creando muy buenos recuerdos en estos años de aprendizaje. Gracias a Javier y Alejandra mis compañeros de TFG, por compartir horas de trabajo en cada uno de nuestros proyectos. Por último, agradecer a Lucía Cuéllar mi tutora de TFG, por dedicarme tiempo y ayudarme en todo este proceso. Todos ellos han sido un pilar fundamental para la realización de este trabajo.

2. Estado de la cuestión

Estrategia de búsqueda:

Los términos libres y específicos que se han utilizado para buscar la base bibliográfica y desarrollar el marco teórico se encuentran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda palabras clave. Elaboración propia.

TÉRMINOS LIBRES	TÉRMINOS DECS	TÉRMINOS MESH
Inteligencia emocional	Emotional Intelligence	Emotional intelligence
Preoperatorio	Preoperative period	Preoperative period
Intraoperatorio	Intraoperative period	Intraoperative period
Postoperatorio	Postoperative period	Postoperative period
Estado de salud	Health Status	Health Status
Recuperación y mejora después de quirófano	Enhanced recovery after surgery	_____
Formación profesional	Professional training	Perceptorship
Desarrollo profesional	Professional training and development	_____
Bienestar psicológico	Psychological well-being	Psychological well-being
Ansiedad	Anxiety	Anxiety

La estrategia de búsqueda ha sido realizada en las siguientes bases de datos, usando el término específico emotional intelligence junto con el boleano and y con cada uno de los términos libres y específicos que aparecen en la siguiente tabla. Los resultados de la búsqueda están filtrados con la fecha de publicación que está comprendida desde 2013 a 2023.

Tabla 2. Resultados estrategia de búsqueda. Elaboración propia.

BASE DE DATOS	TÉRMINOS LIBRES Y ESPECÍFICOS	RESULTADOS
Cinahl, Medline	Preoperative period	0
	Intraoperative period	0
	Postoperative period	1
Pubmed	Preoperative period	21
	Intraoperative period	2
	Postoperative period	48
Google Académico	Preoperative period	993
Cinahl, Medline	Health status	80
	Enhanced recovery after surgery	1
	Professional Training	81
	Professional training and development	51
	Psychological well-being	228
	Anxiety	890
	Hospitalization	44
	Hospital and patient	655

2.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

2.1.1 Modelos de la inteligencia emocional

El concepto de inteligencia emocional (IE) está compuesto por los términos inteligencia y emoción. La noción de ambos por separado surge en la época de la Grecia Clásica. La palabra inteligencia procede del latín “intus legere” que quiere decir “capacidad de leer en el interior” y la palabra emoción procede del latín “movere” que significa “moverse”, esto supone que la emoción implica una acción (1).

Leuner en 1966 utiliza por primera vez el término de IE sin especificar exactamente a lo que se refiere. Posteriormente, Gardner aporta una nueva perspectiva de la inteligencia con su teoría de las Inteligencias Múltiples. En ella, describe distintas inteligencias agrupándolas en dos grupos, la inteligencia intrapersonal y la interpersonal. La intrapersonal se define como la capacidad para reconocer y distinguir las emociones propias y ajenas, así como recurrir a ellas, relacionándose de esta forma con la IE (1).

La primera concepción de IE aparece de la mano de dos trabajos, uno realizado por: Salovey, Mayer y DiPaolo; y el otro por: Salovey y Mayer. En ellos se define la IE como la habilidad para entender y reconocer las emociones propias y ajenas, así como diferenciarlas para conducir las acciones (1,2).

El siguiente constructo de IE fue de Goleman en 1995 con su libro sobre la IE que atrajo el interés ajeno. Se extendió así el uso del concepto de IE, lo que supuso muchas publicaciones usando correctamente dicho término y otras que lo desvirtuaron, alejándose del modelo original de Salovey y Mayer (1,3).

Actualmente se distinguen dos grandes modelos que definen la IE y dentro de ellos surgen distintos modelos:

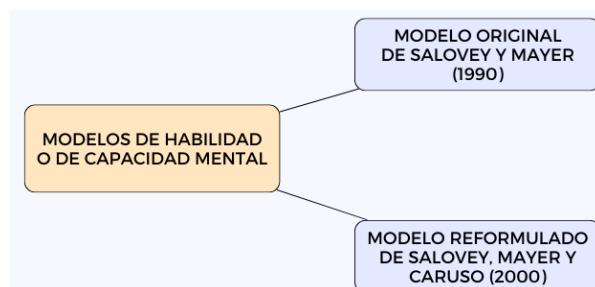


Figura 1. Modelos de habilidad o de capacidad mental. Elaboración propia (1,4).

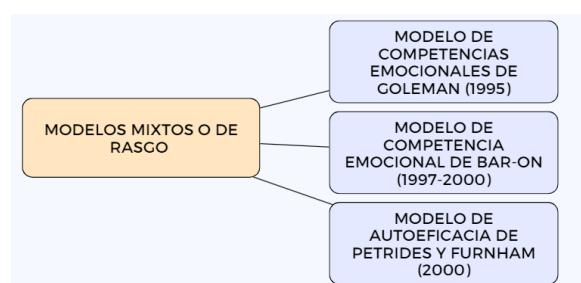


Figura 2: Modelos mixtos o de rasgo. Elaboración propia (1,4).

Los modelos de habilidad o de capacidad mental definen la IE como una habilidad para interiorizar información afectiva. Se encuentran dos modelos dentro de este: modelo original de Salovey y Mayer en 1990; modelo reformulado de Salovey, Mayer y Caruso en el 2000 (1,4).

- Modelo original de Salovey y Mayer en 1990: primer modelo de la IE que explica como las personas al usar su capacidad para recibir la información emocional, la relacionan con un campo más grande como es la cognición para procesarla y entenderla. Describiendo así tres pasos mentales: utilizar, regular, valorar y expresar las emociones.
- Modelo reformulado de Salovey, Mayer y Caruso en el 2000: tras el primer modelo redefinen la IE debido a las críticas que recibe, relacionadas con el único enfoque de la capacidad mental. Se divide por lo tanto en dos áreas, la experiencial y la estratégica. La experiencial engloba la percepción emocional y la facilitación del pensamiento emocional. Mientras que la estratégica se relaciona con la comprensión y la regulación emocional.

Los modelos mixtos o de rasgo son los más extendidos en los ámbitos educativos, ya que unen los rasgos de la personalidad con las habilidades emocionales (1,4).

- Modelo de competencias emocionales de Goleman en 1995: tiene su origen en el modelo de Salovey y Mayer. Goleman propone un modelo en el que se combinen los rasgos de personalidad y los psicológicos con las capacidades cognitivas. Define la IE como la habilidad para manejar e identificar nuestras emociones, tomando acción sobre nuestras decisiones y relaciones. Incluye el control de las propias emociones, así como de las ajenas. Establece competencias emocionales que comprenden el automejor y el autoconocimiento; y competencias sociales que contiene el control de las relaciones personales y la conciencia social que se relaciona con la empatía. Para Goleman, estas habilidades no son innatas si no que se desarrollan y se aprenden.
- Modelo de competencias socioemocional de Bar-On entre el 1997 y el 2000: se propone un modelo que concibe la IE multifactorial, se da peso a la capacidad de la realización que a la realización en sí. Este modelo define cinco factores, el interpersonal, intrapersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo.
- Modelo de autoeficacia emocional de Petrides y Furnham en 2000: tiene en cuenta los modelos anteriores e investiga las contradicciones que definen la IE. Para ello se observan los métodos para medir la IE, siendo cada uno distinto. Finalmente, definen dos grupos, la IE rasgo que hace referencia a la autoeficacia emocional y la IE capacidad que se refiere a la habilidad cognitivo-emocional.

Al definir la IE como una habilidad mental puede ser evaluada por distintas pruebas (test). El interés en evaluar la IE es significativo ya que las personas presentan diferencias individuales en los componentes de su IE.

Salovey y Mayer proponen un modelo de evaluación conocido como Trait-Meta-Mood-Scale (TMMS) que evalúa la IE teniendo en cuenta las habilidades de controlar y ser consciente de las emociones. Cuenta con 48 ítems que divide las preguntas en tres bloques: atención, claridad y regulación de los sentimientos y las emociones (4,5).

Basándose en este modelo, Extremera y Fernández Berrocal, presentan en 2001 una versión llamada Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional (TMMS-24) que se encuentra adaptada al castellano. Los ítems disminuyen de 48 a 24. Mide las destrezas de las personas para estar atento a las emociones propias y su habilidad para regularlas (6).

Las dimensiones en las que se divide se definen como:

- Atención: mide la capacidad de atender a las propias emociones.
- Claridad: mide la capacidad de entender los distintos estados emocionales.
- Reparación de las emociones: mide la capacidad para regular las emociones (7).

Cada bloque cuenta con 8 ítems, el primero lo forman los ítems del 1 al 8, el segundo del 9 al 16 y el tercero del 17 al 24. La escala consta de 24 afirmaciones que se deben contestar en relación con el grado de desacuerdo o acuerdo. Se puntúa con la puntuación Likert teniendo el 1 el valor de “nada de acuerdo” y el 5 de “totalmente de acuerdo”. Al final se suman los ítems de cada bloque, resultando un valor numérico entre 8 y 40 en cada una de las dimensiones (8).

2.1.2 La inteligencia emocional y el bienestar subjetivo

La IE es algo más que un conjunto de habilidades, ya que se relaciona con el bienestar psicológico. La relación entre ambos conceptos es positiva porque presentar una mayor IE tiene como resultado un mayor bienestar psicológico. Esto expone algunas características como: tolerar la frustración, manejar las situaciones tensionales relacionadas con una experiencia emocional, ser capaz de controlar las emociones en situaciones adversas y recomponerse ante situaciones negativas (9,10).

Existen bastantes elementos que generan estrés, ansiedad y emociones difíciles de controlar. Esto se vincula con la expresión de las emociones. Desarrollar las herramientas necesarias para trabajar la inteligencia emocional, tiene como fin que estos elementos que tienen un impacto psicológico disminuyan. Se conduce de esta forma hacia el bienestar psicológico. Para ello las herramientas a desarrollar son las habilidades emocionales, fomentando el trabajo de estas. Desarrollar el conjunto de habilidades que definen la IE hará que se creen a su vez estas capacidades que permiten tener un bienestar psicológico (11).

2.1.3 La inteligencia emocional y la empatía

La empatía se define como la capacidad para ponerse en el lugar del otro. Es decir, conectar con cómo se siente alguien, con sus emociones. Cuando se presentan situaciones de impacto psicológico hay que hacer frente a ellas. Para eso es necesario conectar con las emociones y entenderlas. En ocasiones, no es fácil enfrentarse a esta situación y tener algún familiar, amigo o conocido que la entienda y conecte con las emociones, puede ayudar (12).

Atender continuamente a los estados emocionales que uno presenta, puede acabar con los recursos para hacerles frente. Excesiva atención a las emociones puede influir de forma negativa en el bienestar, si no se acompaña de la capacidad para comprender las emociones e identificarlas. A veces se necesita de otros para reconectar con las emociones y reestablecer las herramientas necesarias. La IE se define no solo como la habilidad de conocer las emociones propias, sino también las ajenas. Por lo tanto, la IE y la empatía se encuentran directamente relacionadas (13).

2.1.4 Ansiedad e inteligencia emocional

El trastorno de ansiedad generalizado se caracteriza por sentimientos de miedo, angustia y preocupación, desproporcionados y constantes, por eventos o actividades, así como situaciones comunes del día a día (14,15).

Madurar las competencias emocionales se vincula con una mejora del apoyo social y un estado de ánimo positivo. Dentro del ámbito social poder controlar y reconocer las emociones disminuye el riesgo de padecer ansiedad, ya que esto conduce a una mayor autoestima (14,15).

Para hacer frente a la ansiedad es positivo desarrollar aptitudes emocionales como la identificación y regulación de las emociones. Estas habilidades coinciden con las que definen la IE. Por lo tanto, el desarrollo de la IE se relaciona con los niveles de ansiedad. Promoviendo un funcionamiento mental adaptativo y saludable (14,15).

Medir el trastorno de ansiedad generalizado es posible a través de un cuestionario conocido como State-Trait Anxiety Inventory (STAI) cuya traducción en castellano es Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Gracias a la adaptación realizada en 1982 al castellano, se ha escogido en gran medida este cuestionario, como herramienta en España. Es muy utilizado por profesionales sanitarios especializados en la salud mental, así como por investigadores. Ha mostrado ser apropiado en entornos clínicos y escolares. Mantiene una alta calidad debido al seguimiento y mantenimiento que tiene, realizando nuevas adaptaciones y ediciones para medir la ansiedad (16,17).

Contiene 40 preguntas con respuestas numéricas de 0 a 3 en escala de Likert. Teniendo 0 un valor de “nada” y 3 un valor de “mucho”. El valor de la ansiedad en este cuestionario se mide dividiéndolo en dos grupos, la ansiedad como estado (AE) y la ansiedad como rasgo (AR) (18).

- La ansiedad estado es una situación emocional transitoria, que cuenta con sensación de angustia y tensión que puede aumentar o disminuir su intensidad y tiempo de duración.
- La ansiedad rasgo es una situación emocional estable, que se caracteriza por la frecuencia de percibir situaciones amenazadoras, elevando continuamente su ansiedad estado. Va a depender de la disposición de los sujetos, responder con más o menos cantidad de ansiedad estado. La ansiedad rasgo está relacionada con los comportamientos adquiridos (17,18).

Por lo tanto, la AE y la AR están relacionadas. Presentar una AR mayor hace que la AE también lo sea ya que, al percibir las situaciones como amenazadoras, hace que incremente la AE. Sin embargo, si se tiene una AR disminuida, la AE también será menor debido a que

no se perciben las situaciones como amenazadoras y por tanto hay un factor menos que produzca el incremento de la AE (16,18).

Debido a esta diferenciación, las 20 primeras preguntas son sobre la AE donde se puede expresar como se siente el sujeto en un momento concreto y las 20 siguientes se relacionan con la AR donde se puede escribir como se siente el sujeto generalmente (17,18).

La duración del cuestionario es aproximadamente de 15 minutos. Este diseño permite que el cuestionario sea sencillo de realizar, siendo una herramienta útil y ágil. El objetivo del cuestionario STAI es hacer un adecuado diagnóstico de ansiedad para poder llevar a cabo una buena intervención (16,17).

2.1.5 La inteligencia emocional en el entorno hospitalario

Las personas que se encuentran en un entorno hospitalario como pacientes, presentan una calidad de vida comprometida. Se enfrentan a situaciones como padecer una enfermedad, permanecer ingresados durante largos periodos de tiempo o someterse a tratamientos. Todo esto puede provocar miedo, angustia y ansiedad en los pacientes. Perciben además incertidumbre que aumenta la percepción de situaciones amenazadoras, incrementando la manifestación de trastornos como la ansiedad (19).

La IE se relaciona con el afrontamiento de situaciones traumáticas, con la mejora de la calidad de vida y con un mayor manejo de la ansiedad. El desarrollo de la IE puede ayudar a los pacientes a hacer frente a sus nuevas condiciones y causar cambios mentales positivos. Esto sugiere que la IE contribuye de manera importante a la mejora de la calidad de vida del paciente. Aumentar la IE en el personal sanitario, como son los enfermeros, puede facilitar la identificación y expresión de las emociones de los pacientes, para hacer frente a las situaciones estresantes a las que están expuestos (20).

El entrenamiento de la IE en el personal de enfermería mejora la comunicación con los pacientes, ayuda a la resolución de conflictos y aumenta el rendimiento del profesional sanitario y del equipo. Se proporciona así una mayor seguridad al paciente, de esta forma recibe la información teniendo en cuenta sus emociones y hace que disminuyan las sensaciones de miedo o angustia. La IE da herramientas a los enfermeros para mejorar el trato a los pacientes, con una comunicación más precisa y transfiriendo la información de forma correcta, centrándose en el paciente (21).

Es necesaria la formación continuada del personal de enfermería para desarrollar las habilidades que describen la IE. Esto permite atender al paciente de forma holística teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales y psicológicos (22). Prescindir de las capacidades que desarrolla una buena IE puede causar la insatisfacción del paciente. Si se consigue la satisfacción de este, disminuye el estrés y el agotamiento emocional tanto del paciente como del profesional sanitario y se habrá hecho un buen uso de la IE. La implicación de los enfermeros permite una mejor experiencia emocional para los pacientes (23).

El desarrollo por el personal sanitario de la IE se relaciona con la mejora del paciente y con un mejor nivel de calidad y atención por parte de enfermería. Además, mejora el rendimiento en los entornos clínicos y la ética del proceso enfermero, convirtiéndose en un factor efectivo en relación con la IE y el rendimiento (24). Permite reconocer las emociones propias y ajenas, lo que supone que las enfermeras con competencias de IE puedan identificar como se encuentran emocionalmente los pacientes. Se correlaciona con el progreso de la comunicación y la atención personal. Estos resultados aumentan si se tienen en cuenta no

solo las emociones de los pacientes, si no también la del personal sanitario que le va a atender (25).

Son varios los estudios que hablan de la positiva relación entre la IE y enfermedades como el cáncer, tratamientos como la hemodiálisis y personal sanitario como las enfermeras. Todo ello hace que se establezca una relación directa entre la IE y el entorno hospitalario. La existencia de artículos que destacan la relación de la IE en el personal sanitario hace que se considere la misma, con respecto al desarrollo de la IE de los pacientes (19,20,23).

2.1.6 La inteligencia emocional en el área hospitalaria quirúrgica

En el entorno hospitalario se encuentran situaciones como los procesos quirúrgicos, que se dividen en tres fases: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Una cirugía supone un impacto emocional en el paciente, comprometiendo su calidad de vida y alterando su bienestar psicológico (26).

Este impacto emocional se relaciona con la aparición de ansiedad. La presencia de los familiares en la fase preoperatoria mejora el bienestar psicológico ya que entienden mejor las emociones del paciente debido al vínculo que existe entre ellos previamente. Entre las habilidades de la IE se encuentra el reconocer las emociones propias y ajenas que se asemeja con esta situación entre los pacientes y los familiares (26).

El anestesista se encuentra en la fase preoperatoria del paciente para realizar una entrevista previa a la cirugía, donde se informa al paciente. Mostrar empatía en esta fase, reduce la ansiedad del paciente y mejora la satisfacción de este, así como el bienestar psicológico. La empatía se define como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, lo que la relaciona positivamente con la IE. El miedo que presenta el paciente al enfrentarse a la anestesia y la cirugía disminuye con la empatía. Por lo general, los pacientes recuerdan su fase prequirúrgica después de la cirugía, siendo relevante que el paciente entre a quirófano con el mayor bienestar emocional posible, ya que luego lo recordará (27).

Los pacientes que reciben la información prequirúrgica hacen frente a una situación emocionalmente impactante. Esto supone que en ocasiones la información no se reciba de manera adecuada debido a los altos niveles de ansiedad que resultan de enfrentarse a una cirugía. Percibir información insuficiente por parte del paciente, supone que aumente su insatisfacción y los niveles de ansiedad. Por lo tanto, identificar sus emociones antes de que reciba la información, ayuda a evitar que no la perciba bien. Se puede utilizar la IE como herramienta para identificar estas emociones, mejorando la comunicación. De esta forma el paciente está más preparado para recibir la información, gestionando mejor sus emociones y reduciendo el miedo y la angustia (28).

Todo esto está relacionado con la fase postoperatoria ya que, si no se bajan los niveles de ansiedad en las fases previas como es la prequirúrgica, el paciente no contará con un buen bienestar psicológico para hacer frente al impacto emocional que supone recuperarse de una cirugía. Los niveles de ansiedad en la fase postquirúrgica son más altos en aquellos pacientes que no han gestionado bien sus emociones, recibiendo una mala comunicación previa a esta fase (29,30).

El bienestar psicológico de los pacientes se relaciona directamente con las complicaciones quirúrgicas, la duración de la estancia hospitalaria y la calidad de vida relacionada con la salud

a largo plazo. Los niveles de ansiedad de la fase preoperatoria pueden estimar el tiempo que el paciente va a estar ingresado (31) . La recuperación quirúrgica y la satisfacción del paciente mejoran con una intervención empática por parte del personal sanitario, lo que aumentan las habilidades comunicativas. Las heridas que se presenten en la fase postquirúrgica también cicatrizarán mejor desde un enfoque empático, ya que supone el bienestar psicológico del paciente que ayuda a hacer frente a esta situación (32).

Las competencias emocionales de los pacientes se relacionan con los niveles de ansiedad que presentan en situaciones hospitalarias como lo es una cirugía. Tener más competencias emocionales reduce la presentación de síntomas de ansiedad, angustia o miedo, ya que se disminuye el malestar emocional al controlar y gestionar las emociones. Además, supone una mayor adherencia médica, menor presentación de efectos secundarios negativos y de complicaciones postquirúrgicas (33).

El afrontamiento de una cirugía está relacionado directamente con las emociones, ya que supone una situación de estrés. La habilidad para reconocer y gestionar las emociones disminuye el dolor postquirúrgico y hace frente a esta situación. Dicha habilidad es característica del desarrollo de la IE, concepto que contribuye a entender y abordar el afrontamiento. Existen herramientas de terapia en grupo, relajación y terapia informativa que disminuyen el consumo de analgésicos postquirúrgicos, así como la estancia hospitalaria. Por lo tanto, se puede considerar la IE como una herramienta más para conseguir los mismos objetivos, al regular, comprender y reparar las emociones (34).

2.2 Justificación

Las emociones están presentes en todas las personas, se tiene que lidiar con ellas continuamente y no siempre se tienen las mejores herramientas para hacerlo. En situaciones de mayor impacto emocional como una cirugía, puede aparecer ansiedad, estrés y miedo.

Si se habla del proceso quirúrgico, se puede diferenciar entre el preoperatorio, el intraoperatorio y el postoperatorio. En cada una de las fases se ve comprometida la calidad de vida del paciente y por consecuente se deben tener todas en cuenta.

Estos factores emocionales que presenta el paciente pueden influir en la percepción de la información sobre el proceso quirúrgico, lo cual no ayuda a reducir el nivel de ansiedad. Recibir y recoger una buena información contribuye a disminuir y manejar estas emociones. Por lo tanto, trabajar de manera multidisciplinaria haciendo un abordaje holístico del paciente es conveniente. Dando valor a su vez, al papel de los profesionales de enfermería (28,29).

La Inteligencia Emocional hace referencia al trato de las emociones, reconociéndolas y trabajando en ellas. Es una habilidad cognitiva que se puede desarrollar para manejar el estado emocional de otros y de uno mismo para resolver problemas (2).

Son pocos los estudios que se centran en la gestión de estas emociones, teniendo poco en cuenta como pueden afectar a la recuperación de la salud y la mejora de la calidad de vida del paciente. Por ello es interesante ver si desarrollar la inteligencia emocional puede ayudar a disminuir el malestar emocional (33).

3. Objetivos

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

Conocer si trabajar la inteligencia emocional en pacientes quirúrgicos mejora su estancia hospitalaria.

3.1.2 Objetivos específicos

- Describir la influencia de la inteligencia emocional en el estado de salud de los pacientes quirúrgicos hospitalizados.
- Evaluar los efectos de la inteligencia emocional sobre los niveles de estrés y ansiedad en los pacientes quirúrgicos hospitalizados antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.
- Observar las diferencias en los niveles de estrés y ansiedad del grupo de pacientes quirúrgicos hospitalizados que han trabajado la inteligencia emocional frente al grupo de pacientes quirúrgicos hospitalizados que no han trabajado la inteligencia emocional.
- Conocer si existen diferencias en la percepción de IE y ansiedad por edad.
- Comprobar si existe asociación entre haber experimentado cirugías con el apoyo psicológico.
- Comprobar si existe asociación entre el género y el apoyo psicológico.
- Conocer la correlación entre la IE y STAI.
- Comprobar la correlación entre AE y AR.

4. Hipótesis

Hipótesis nula: Desarrollar la inteligencia emocional con programas de entrenamiento no reducirá los niveles de estrés y ansiedad, y no potencia una buena recuperación del estado de salud de los pacientes quirúrgicos hospitalizados.

Hipótesis alternativa: Desarrollar la inteligencia emocional con programas de entrenamiento reducirá los niveles de estrés y ansiedad, y la recuperación del estado de salud en los pacientes quirúrgicos hospitalizados no se verá afectada.

5. Metodología

5.1 Diseño del estudio

El proyecto de investigación que se quiere desarrollar es un estudio experimental, se trata de un ensayo clínico controlado aleatorio. La población que participa en el estudio pertenece a un grupo control que se elige de manera aleatoria entre la población que cumple los criterios de inclusión y de exclusión.

Habrá un grupo control de pacientes quirúrgicos al que no se le aplicará el entrenamiento de IE y un grupo experimental de pacientes quirúrgicos con los que si se llevará a cabo dicho entrenamiento.

La población que participe en el proyecto recibirá la información para participar en el estudio en la entrevista de preanestesia. Los sujetos que participen deberán llenar los cuestionarios TMMS-24 (ver anexo 1) y STAI (ver anexo 2) en el periodo prequirúrgico y después en el postquirúrgico, independientemente del grupo al que pertenezcan. Una vez recogidos todos los cuestionarios contestados se evaluará el resultado.

La aleatorización se llevará a cabo al recoger el consentimiento informado (ver anexo 4) el primer paciente que lo entregue pertenecerá al grupo experimental y el siguiente al grupo control y así sucesivamente según se vayan recogiendo los consentimientos informados.

El estudio se realizará en 3 años.

Tamaño muestral

Según la memoria anual del Hospital Universitario de nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid (35) la actividad quirúrgica programada hospitalaria en el año 2020 es de 3209 operaciones. Se descarta el año 2021, 2022 y 2023 debido a la pandemia del COVID-19, ya que se han reducido las intervenciones quirúrgicas.

Se calcula la población finita con un nivel de confianza del 95%. La probabilidad de éxito y fracaso es desconocida y por tanto se asume un 50%, con un margen de error del 8%.

Con estos datos el tamaño muestral será de 143 participantes, con el 15% ajustado a las pérdidas el tamaño muestral será de 169 participantes, pudiendo aumentar el margen de error hasta un 10%.

En el trabajo realizado en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos sobre la IE y el bienestar psicológico se utilizó una muestra de 97 participantes (11).

5.1.1 Aspectos éticos

Para llevar a cabo este estudio se mandará al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIM) un escrito para conseguir la autorización, bajo el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de la Protección de Datos Personales y siguiendo la Ley 41/2002 del 14 de noviembre. A su vez se cumplirá con los principios éticos del informe de Belmont y de la declaración de Helsinki. Se deberá llenar el documento del consentimiento informado para la participación en el estudio, así como haber recibido la hoja informativa. En el estudio no existe conflicto de intereses.

5.2 Sujetos de estudio

Población diana

El estudio va dirigido los pacientes de un Hospital Universitario de la Comunidad Autónoma de Madrid nivel III que tengan de base una enfermedad grave y una cirugía programada asociada a dicha enfermedad.

La población accesible

Se enviará un diseño de investigación al Comité de Ética (CEIM) (ver anexo 5) del Hospital Universitario de la Comunidad Autónoma de Madrid nivel III. Tras su autorización se procederá a realizar la hoja de información del estudio y el consentimiento informado.

La población accesible estará formada por los pacientes con cirugía programada que cumplan los criterios de inclusión y los cuales hayan leído la hoja de información y hayan firmado el consentimiento informado. El muestreo para adquirir la muestra definitiva no será probabilístico.

Lugar de estudio

Tendrá lugar en el Hospital Universitario nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid. El primer contacto con el paciente se hará en la entrevista de preanestesia. Si pertenecen al grupo experimental se citarán en el hospital antes de la fecha de la cirugía para realizar el entrenamiento de IE. Ambos grupos llenarán los cuestionarios y los entregarán en el hospital el día de la operación. Los cuestionarios para llenar tras la cirugía también serán completados y recogidos en el hospital.

Criterios de inclusión

- Pacientes orientados en las tres esferas y conscientes.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes con enfermedad grave que vayan a ser sometidos a una cirugía programada relacionada con su enfermedad.
- Pacientes que sean atendidos por patologías de traumatología, urología o digestivo, que no requieran seguimiento.
- Pacientes que hablen y entiendan el castellano.
- Consentimiento informado firmado por los pacientes que participen en el estudio.
- Pacientes que pertenezcan al Hospital Universitario nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid.

División de la muestra

La división de la muestra será aleatoria. Se llevará a cabo al recoger el consentimiento informado, el primer paciente que lo entregue pertenecerá al grupo experimental y el siguiente al grupo control y así sucesivamente según se vayan recogiendo los consentimientos informados. El grupo experimental recibirá entrenamiento de IE previo a la cirugía y el grupo control no. No habrá punto ciego ya que los sujetos de estudio sabrán a qué grupo pertenecen.

5.3 Variables

Variables independientes

- Edad.
- Género.

Variables dependientes

- Acompañamiento familiar.
- Información recibida del proceso hospitalario.
- Cirugías previas.
- Apoyo psicológico previo o actual.
- Antecedentes de patología de salud mental.
- Analgésicos.

Variables a estudio

- Inteligencia emocional con escala TMMS 24.
- Nivel de ansiedad con la escala STAI.

Tabla 3: Variables del proyecto de investigación. Elaboración propia.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA O CATEGORÍA	HERRAMIENTA RECOGIDA
Edad	Cuantitativa	18- 67 años	Cuestionario
Género	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre / Mujer	Cuestionario
Acompañamiento familiar	Cuantitativa ordinal	Muy acompañado/ poco acompañado	Cuestionario
Información recibida del proceso hospitalario	Cualitativa ordinal	Poco/Mucho	Cuestionario
Cirugías previas	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No	Cuestionario
Apoyo psicológico previo o actual	Cualitativa nominal dicotómica	Si / No	Cuestionario
Antecedentes personales de patología de salud mental	Cualitativa nominal dicotómica	Si / No	Cuestionario
Analgésicos	Cualitativa ordinal	Poco/Mucho	Cuestionario
TMMS-24	Cuantitativa ordinal	Numérica	Escala
STAI	Cuantitativa	Decatípos	Escala

5.4 Intervención para evaluar

El estudio se realizará en las instalaciones del Hospital de nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se debe comprobar que los pacientes que van a participar en el estudio hayan entregado el consentimiento informado (ver anexo 4) para comenzar así la intervención.

El equipo investigador estará formado por cinco personas: un anestesista, un enfermero, un psicólogo y dos antiguos pacientes que hayan sido sometidos a una cirugía, viviendo una experiencia similar.

Se recogerán los consentimientos informados y se dividirán en dos grupos: grupo experimental y grupo control.

Grupo experimental

Los pacientes que pertenezcan a este grupo deberán acudir a tres sesiones de educación para el desarrollo de la inteligencia emocional previas a la cirugía programada. Las sesiones serán dadas por un equipo multidisciplinar.

Antes de empezar con las sesiones se repartirá un cuestionario a cada paciente que responde a las variables dependientes e independientes que darán datos del posible sesgo en los resultados. Además, se entregará el TMMS-24 (ver anexo 1) y el STAI (ver anexo 2) para que lo completen antes y después de las sesiones formativas.

En la primera sesión el profesional de enfermería explicará en qué va a consistir el proceso quirúrgico, así como el concepto de IE. Además, se hablará de la intervención a la que el paciente se va a someter.

En la segunda sesión acudirá un psicólogo para trabajar las emociones con los pacientes, con el fin de comenzar a desarrollar la IE y hacer frente al impacto emocional que supone una cirugía.

En la tercera y última sesión vendrá una persona que haya pasado por dicha experiencia para que se puedan realizar preguntas abiertas y se trabaje lo que se haya aprendido en las sesiones anteriores.

Los pacientes deberán llenar de nuevo la escala TMSS-24 y STAI antes de la intervención quirúrgica y después de la misma, una vez se encuentren estables.

Grupo control

Los pacientes que pertenezcan a este grupo deberán llenar el cuestionario que responde a las variables dependientes e independientes, así como la escala TMMS-24 y STAI.

Dichas escalas se rellenarán tres veces, la primera en la consulta de preanestesia, la segunda el mismo día de la cirugía y la tercera después de la intervención quirúrgica.

Este grupo no recibirá ninguna sesión que entrene la inteligencia emocional de los pacientes.

5.5 Procedimiento de recogida de datos.

Los cuestionarios que responden a las variables dependientes e independientes y las hojas informativas del estudio serán repartidos por el equipo enfermero a los médicos anestesiistas.

En la consulta de preanestesia el médico entregará la hoja informativa del estudio junto con los cuestionarios a llenar a los pacientes. En caso de que el paciente quiera participar se entregará a su vez el consentimiento informado.

La intervención educativa se realizará desde la consulta de preanestesia hasta la intervención quirúrgica, para añadir la posibilidad de si la cercanía del entrenamiento de la IE a la cirugía empeora o mejora el estado del paciente.

Los cuestionarios llenados por los pacientes se guardarán en una caja fuerte hasta que el enfermero encargado pueda pasar los datos a un documento de Excel. Los consentimientos informados se guardarán junto con el historial clínico del paciente.

Las escalas TMSS-24 y STAI serán entregadas por el enfermero a los pacientes para que las rellenen. Los resultados de las escalas se volcarán a un documento Excel y se guardarán en un ordenador del Hospital nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid.

5.6 Fases del estudio, cronograma

Tabla 4: Fases del estudio. Elaboración propia.

FASE DEL ESTUDIO	
Fase 1	<ul style="list-style-type: none">- Definición del problema, pregunta PICO- Principio de búsqueda bibliográfica
Fase 2	<ul style="list-style-type: none">- Estado de la cuestión- Objetivos e hipótesis- Planificación y diseño del estudio
Fase 3	<ul style="list-style-type: none">- Práctica del estudio- Recogida de datos
Fase 4	<ul style="list-style-type: none">- Análisis de resultados- Conclusiones- Limitaciones del estudio

Tabla 5: Cronograma de las fases del estudio. Elaboración propia.

CRONOGRAMA FASES DEL ESTUDIO	
Fase 1	De septiembre 2025 a octubre 2025
Fase 2	De noviembre 2025 a enero 2025
Fase 3	De febrero 2025 a septiembre 2026
Fase 4	De octubre 2026 a junio 2027

5.7 Análisis de datos

Para el análisis de variables cuantitativas se utilizará la prueba de Kolmogórov-Smirnov en busca de la normalidad. En función a la normalidad para buscar diferencias significativas entre la edad e IE y edad y ansiedad se realizarán pruebas paramétricas si es normal y no paramétricas si es no normal.

Para variables cualitativas se buscará asociación mediante prueba Chi Cuadrado. Buscando asociación entre el género y el apoyo psicológico previo o actual. También se buscará asociación entre las cirugías previas y el apoyo psicológico.

Se buscará correlación entre la Inteligencia Emocional y STAI y entre ansiedad estado y ansiedad rasgo.

6. Conclusiones del marco teórico

Se concluye por el marco teórico que el entrenamiento de la IE mejora la gestión de las emociones, lo que favorece un mejor afrontamiento a situaciones de mayor impacto emocional. La IE mantiene una relación directa con el bienestar psicológico y la empatía ya que tiene como resultado trabajar las emociones. La ansiedad se caracteriza por presentar miedo o preocupación constante, emociones que pueden trabajarse gracias a la IE.

En el ámbito sanitario asistencial hay carencias existenciales del tratamiento y entrenamiento de la IE. En una cirugía se ponen en común: las emociones que aparecen por ser una situación de impacto, la ansiedad que puede generar, el bienestar psicológico que tenga el paciente y la empatía con la que son tratados. Todo ello se relaciona con la IE, siendo el eje que puede dar un resultado positivo y conjunto al centrarse en el entrenamiento y desarrollo de esta.

7. Limitaciones del estudio

Como limitaciones de estudio se encuentra la posibilidad de no conseguir resultados del todo verdaderos. Aunque la separación de los usuarios a cada grupo sea aleatoria, los pacientes sabrán a que grupo pertenecen y eso les puede condicionar en su respuesta. Puede haber diferencias significativas que produzcan un sesgo entre el grupo experimental y el grupo control alterando los resultados.

También se contempla como limitación del estudio el estado de ánimo del paciente, ya que es cambiante y cada uno tendrá un estado emocional en ese momento, afectando al paciente y a los resultados.

Otra limitación será que el estudio se llevará a cabo sólo en los pacientes de un Hospital de nivel III de la Comunidad Autónoma de Madrid, sin tener en cuenta al resto de los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía.

8. Bibliografía

- (1) Meis Leiro L. La importancia de la Inteligencia Emocional. Propuestas de intervención educativa para Educación Infantil. 2015.
- (2) Mestré J, Guil R, Brackett M. Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey. 2008;407-438.
- (3) Beauvais A, G Steweart J. Emotional intelligence and spiritual well-being: implications for spiritual care. 2014 July,;31(3).
- (4) García-Fernández M, Giménez-Mas SI. La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. 2010 Septiembre,;5(6):43-52.
- (5) Trujillo Flores MM, Rivas Tovar LA. Orígenes y evolución y modelos de inteligencia emocional. 2005 Enero-Junio;15(25):9-24.
- (6) CARI CHAMBI LF. Propiedades psicométricas de la escala del metaconocimiento de los estados emocionales (TMMS-24) en estudiantes universitarios peruanos. 2021.
- (7) Cuéllar Marín L, Fernández Gonzalo JC, Ayuso Murillos D, Martínez Beltrán MJ. Evaluación de la inteligencia emocional percibida en estudiantes de Grado en Enfermería. 2023 May 31,;26 (6):64-70.
- (8) Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. 2004.
- (9) Geng Y. Gratitude mediates the effect of emotional intelligence on subjective well-being: A structural equation modeling analysis. 2016 Nov, 7,:1-9.
- (10) Paz Bermúdez M, Teva Álvarez AS. Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. . 2003 Ener;2(1):27-32.
- (11) Veliz Burgos A, Dörner Paris A, Soto Salcedo A, Reyes Lobos J, Ganga Contreras F. Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. 2018 04;/16(2):259-266.
- (12) Toro López JR, Gallardo Castro M, Torrijos Molini JA, García Durán A, Rodríguez Oliva MS. Importancia de la empatía en el estado de salud. 2020(103):10-17.

- (13) Cañero Pérez M, Gerónimo Mónaco E, Montoya Castillas I. La inteligencia emocional y la empatía como factores predictores del bienestar subjetivo en estudiantes universitarios. 2019;9(1):19-29.
- (14) Yarahmadi F, Ghasemi SF, Forooghi S. The effects of emotional intelligence training on anxiety in hemodialysis patients. 2015 October 1,;2(4):8-14.
- (15) Nolidin K, Downey LA, Hansen K, Schweitzer I, Stough C. Associations between social anxiety and emotional intelligence within clinically depressed patients. Psychiatr Q 2013 - 12;84(4):513-521.
- (16) Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). 2011;23(3):510-515.
- (17) Buela-Casal G, Guillen-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. "STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)".
- (18) Ayuso Murillo D, Jaime Arranz M, Herrera Peco I, Gómez Salgado J, García-Iglesias JJ, Ruiz Frutos C. Ansiedad en matronas y enfermeras no especialistas de hospitales del servicio madrileño de salud. 2019 Jul 26,;22(4):165-170.
- (19) Wen Yu Chen, Xue Peng, Shuang Wang, Yun Zhu. Trait emotional intelligence and quality of life among breast cancer patients: The mediating role of fear of cancer recurrence. 2021 Abril 6,.
- (20) Sadeghpour F, Heidarzadeh M, Naseri P, Nard-Mohammadi Mogadam M. Emotional Intelligence as a Predictor of Posttraumatic Growth in Patients Undergoing Hemodialysis. 2018;1-12.
- (21) Codier, PhD, MSN, RN, Estelle, D.Codier, BSN, RHSO, David. Could Emotional Intelligence Make Patients Safer? 2017 Julio,;117(7).
- (22) Shahnavazi M, Parsa-Yekta Z, Yekaninejad M, Amanian S, Griffiths P, Vaismoradi M. The effect of the emotional intelligence education programme on quality of life in haemodialysis patients. 2017.
- (23) Nair Deepti, DNP, RN, PMH-BC, CNE. The Impact of a Nursing Emotional Intelligence Program to Improve Patient Satisfaction. 2022;39(3):130-135.

- (24) Mousavi SR, Hassanvand P, Mahmoudi A, Hosseinigolafshani SZ, Rajabi M, Rashvand F. The Relationship Between Emotional Intelligence and the Moral Performance of Nurses. 2023 -12;10(4):1-10.
- (25) Becze E. Increase emotional intelligence awareness during clinical rounds. ONS Connect 2013 -06;28(2):36-37.
- (26) Assis CC, Lopes JdL, Nogueira-Martins LA, de Barros ALBL. [Embrace and anxiety symptoms in patients before cardiac surgery]. Rev Bras Enferm 2014;67(3):401-407.
- (27) Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. Br J Anaesth 2011 -05;106(5):680-686.
- (28) Granziera E, Guglieri I, Del Bianco P, Capovilla E, Dona' B, Ciccarese AA, et al. A multidisciplinary approach to improve preoperative understanding and reduce anxiety: a randomised study. Eur J Anaesthesiol 2013 -12;30(12):734-742.
- (29) Maward L, Azar N. [Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period]. Rech Soins Infirm 2004 -09(78):35-58.
- (30) Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Educ Couns 2004 -04;53(1):65-70.
- (31) Gorini A, Giuliani M, L'Acqua C, Barbieri S, Sisillo E, Veglia F, et al. Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. 2022 May/June;37(3):213.
- (32) Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. Patient Educ Couns 2016 -05;99(5):733-738.
- (33) Baudry A, Anota A, Mariette C, Bonnetain F, Renaud F, Piessen G, et al. The role of trait emotional intelligence in quality of life, anxiety and depression symptoms after surgery for esophageal or gastric cancer: A French national database FREGAT. Psychooncology 2019 April 1,;28(4):799-806.

(34) Fernández Berrocal P, Baena Capilla E, Bazán Valadez R, Cárdenas Ramos B, Herraiz Salamanca R, Velasco Querino B. Dolor postoperatorio e inteligencia emocional . 2004;51(2):75-79.

(35) Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2020. 2021 Nov.,

9. Anexos

Anexo 1-TMMS-24

TMMS-24									
GÉNERO:		EDAD: _____							
INSTRUCCIONES									
<p>A continuación, se encuentran afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea cada frase y señale el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Debe marcar un valor de 1 a 5 la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No existen respuestas correctas o incorrectas. No dedique mucho tiempo en cada respuesta.</p>									
1	NADA DE ACUERDO	2	ALGO DE ACUERDO	3	BASTANTE DE ACUERDO	4	MUY DE ACUERDO	5	TOTALMENTE DE ACUERDO
1. PRESTO ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS	1	2	3	4	5				
2. NORMALMENTE ME PREOCUPO MUCHO POR LO QUE SIENTO	1	2	3	4	5				
3. NORMALMENTE DEDICO TIEMPO A PENSAR EN MIS EMOCIONES	1	2	3	4	5				
4. PIENSO QUE MERECE LA PENA PRESTAR ATENCIÓN A MIS EMOCIONES	1	2	3	4	5				
5. DEJO QUE MIS SENTIMIENTOS AFECTEN A MIS PENSAMIENTOS	1	2	3	4	5				
6. PIENSO EN MI ESTADO DE ÁNIMO CONSTANTEMENTE	1	2	3	4	5				
7. A MENUDO PIENSO EN MIS SENTIMIENTOS	1	2	3	4	5				
8. PRESTO MUCHA ATENCIÓN A CÓMO ME SIENTO	1	2	3	4	5				
9. TENGO CLAROS MIS SENTIMIENTOS	1	2	3	4	5				
10. FRECUENTEMENTE PUEDO DEFINIR MIS SENTIMIENTOS	1	2	3	4	5				
11. CASI SIEMPRE SÉ CÓMO ME SIENTO	1	2	3	4	5				
12. NORMALMENTE CONOZCO MIS SENTIMIENTOS SOBRE LAS PERSONAS	1	2	3	4	5				
13. SUELO DARMER CUENTA DE MIS SENTIMIENTOS EN DISTINTAS SITUACIONES	1	2	3	4	5				
14. SIEMPRE PUEDO DECIR CÓMO ME SIENTO	1	2	3	4	5				
15. A VECES PUEDO DECIR CUÁLES SON MIS EMOCIONES	1	2	3	4	5				
16. PUEDO LLEGAR A COMPRENDER MIS SENTIMIENTOS	1	2	3	4	5				
17. AUNQUE A VECES ME SIENTO TRISTE, SUELO TENER UNA VISIÓN OPTIMISTA	1	2	3	4	5				
18. AUNQUE ME SIENTA MAL, PROCURO PENSAR EN COSAS AGRADABLES	1	2	3	4	5				
19. CUANDO ESTOY TRISTE, PIENSO EN TODOS LOS PLACERES DE LA VIDA	1	2	3	4	5				
20. INTENTO TENER PENSAMIENTOS POSITIVOS AUNQUE ME SIENTA MAL	1	2	3	4	5				
21. SI DOY MUCHAS VUELTAS A LAS COSAS, COMPLICÁNDOLAS, TRATO DE CALMARME	1	2	3	4	5				
22. ME PREOCUPO POR TENER UN BUEN ESTADO DE ÁNIMO	1	2	3	4	5				
23. TENGO MUCHA ENERGÍA CUANDO ME SIENTO FELIZ	1	2	3	4	5				
24. CUANDO ESTOY ENFADADO INTENTO CAMBIAR MI ESTADO DE ÁNIMO	1	2	3	4	5				

Anexo 2- State-Trait Anxiety Inventory, STAI

ANSIEDAD-ESTADO							
GÉNERO:		EDAD: _____					
INSTRUCCIONES							
A continuación, se encuentran unas frases que se usan normalmente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación con la que usted se siente más identificado en este momento. Debe marcar un valor de 0 a 3. No existen respuestas malas ni buenas. No dedique mucho tiempo en cada frase y señale la respuesta que defina mejor su situación actual.							
0	NADA	1	ALGO	2	BASTANTE	3	MUCHO
1. ME SIENTO CALMADO	0	1	2	3			
2. ME SIENTO SEGURO	0	1	2	3			
3. ESTOY TENSO	0	1	2	3			
4. ESTOY CONTRARIADO	0	1	2	3			
5. ME SIENTO CÓMODO	0	1	2	3			
6. ME SIENTO ALTERADO	0	1	2	3			
7. ESTOY PREOCUPADO POR POSIBLES DESGRACIAS FUTURAS	0	1	2	3			
8. ME SIENTO DESCANSADO	0	1	2	3			
9. ME SIENTO ANGUSTIADO	0	1	2	3			
10. ME SIENTO CONFORTABLE	0	1	2	3			
11. TENGO CONFIANZA EN MÍ MISMO	0	1	2	3			
12. ME SIENTO NERVIOSO	0	1	2	3			
13. ESTOY DESASOSEGADO	0	1	2	3			
14. ME SIENTO MUY "ATADO" (OPRIMIDO)	0	1	2	3			
15. ESTOY RELAJADO	0	1	2	3			
16. ME SIENTO SATISFECHO	0	1	2	3			
17. ESTOY PREOCUPADO	0	1	2	3			
18. ME SIENTO ATURDIDO	0	1	2	3			
19. ME SIENTO ALEGRE	0	1	2	3			
20. EN ESTE MOMENTO ME SIENTO BIEN	0	1	2	3			

ANSIEDAD-RASGO

GÉNERO: Hombre Mujer

EDAD: _____

INSTRUCCIONES

A continuación, se encuentran unas frases que se usan normalmente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación con la que usted se siente más identificado en este momento. Debe marcar un valor de 0 a 3. No existen respuestas malas ni buenas. No dedique mucho tiempo en cada frase y señale la respuesta que defina mejor su situación actual.

0 NADA

1 ALGO

2 BASTANTE

3 MUCHO

21. ME SIENTO BIEN

0

1

2

3

22. ME CANSO RÁPIDAMENTE

0

1

2

3

23. SIENTO GANAS DE LLORAR

0

1

2

3

**24. ME GUSTARÍA SER TAN FELIZ
COMO OTROS**

0

1

2

3

**25. PIERDO OPORTUNIDADES POR NO
DECIDIRME PRONTO**

0

1

2

3

26. ME SIENTO DESCANSADO

0

1

2

3

**27. SOY UNA PERSONA TRANQUILA,
SERENA Y SOSEGADA**

0

1

2

3

**28. VEO QUE LAS DIFICULTADES SE
AMONTONAN Y NO PUEDO CON ELLAS**

0

1

2

3

**29. ME PREOCUPO DEMASIADO POR
COSAS SIN IMPORTANCIA**

0

1

2

3

30. SOY FELIZ

0

1

2

3

**31. SUELO TOMAR LAS COSAS DEMASIDO
SERIAMENTE**

0

1

2

3

32. ME FALTA CONFIANZA EN MÍ MISMO

0

1

2

3

33. ME SIENTO SGURO

0

1

2

3

**34. NO SUELO AFRONTAR LAS CRISIS O
DIFICULTADES**

0

1

2

3

35. ME SIENTO TRISTE (MELANCÓLICO)

0

1

2

3

36. ESTOY SATISFECHO

0

1

2

3

**37. ME RONDAN Y MOLESTAN
PENSAMIENTOS SIN IMPORTANCIA**

0

1

2

3

**38. ME AFECTAN TANTO LOS DESENGAÑOS
QUE NO PUEDO OLVIDARLOS**

0

1

2

3

39. SOY UNA PERSONA ESTABLE

0

1

2

3

**40. CUANDO PIENSO SOBRE ASUNTOS Y
PREOCUPACIONES ACTUALES ME PONGO
TENSO Y AGITADO**

0

1

2

3

Anexo 3 – Hoja informativa

¿VA A SOMETERSE A UNA CIRUGÍA?

Le invitamos a participar en el estudio
"La inteligencia emocional como herramienta de mejora en el
estado de salud de los pacientes quirúrgicos".

Una cirugía es una situación de gran impacto emocional.

La inteligencia emocional es una habilidad cognitiva que se puede desarrollar para manejar el estado emocional de uno mismo y resolver problemas.

El objetivo de este estudio es conocer si trabajar la inteligencia emocional en pacientes quirúrgicos mejora su estancia hospitalaria.

Los pacientes deberán llenar unos cuestionarios antes y después de la cirugía. Habrá un grupo que reciba herramientas para desarrollar la inteligencia emocional y deberá acudir al hospital en el periodo previo a la operación para recibirlas.



Anexo 4- Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D. /Dña., de años y con DNI nº

Declaro que he leído la hoja de información que me han facilitado y que he podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.

He recibido la información adecuada y suficiente sobre:

- Los objetivos del estudio y sus procedimientos
- Que la participación es altruista y voluntaria
- El procedimiento y la finalidad con la que se van a utilizar mis datos personales y las garantías del cumplimiento de la legalidad vigente
- La posibilidad de revocar mi consentimiento sin necesidad de explicar el motivo y sin que afecte a mi atención sanitaria, y solicitar la eliminación de mis datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Madrid, a de de 20.....

Anexo 5- CEIM

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS A LOS COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se realizará la recogida de datos de todos los pacientes que hayan sido trasladados dentro de la Comunidad de Madrid, y ahora se encuentren en un hospital o centro sanitario también ubicado en la Comunidad de Madrid. En este estudio se garantiza la confidencialidad de los datos, toda la información de los pacientes se recogerá de forma anónima, además se garantizará la privacidad personal y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Es por eso por lo que aquellos que participen en el estudio, deberán firmar un documento de consentimiento informado. En este estudio se cumplirá la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, por la cual se respetará en todo momento la autonomía del paciente, su intimidad y su voluntad. Además, en este estudio se respetarán los principios éticos que siguen el informe Belmont y la Declaración Helsinki. Por último, remarcar que en este estudio no existe conflicto de intereses.

Datos generales del proyecto

Protocolo de ensayo clínico titulado: La Inteligencia Emocional como herramienta de mejora en el estado de salud de los pacientes quirúrgicos

Versión de Protocolo: Primera versión

Versión de Hoja de Información al Paciente: versión no 1 (consentimiento informado)

Investigador Principal: Teresa Muñoz Duarte

Equipo de investigación: Lucía Cuéllar Marín

Servicio: Quirúrgico

Madrid, a de de 20

Alumno

Firma

Tutor del proyecto

Firma