

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1183>

Inteligencia emocional y asertividad en el personal de salud

Emotional intelligence and assertiveness in healthcare personnel

Odalís Mayline Calero Miranda

ocalero0990@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-2014-259X>

Universidad Técnica de Ambato
Ambato-Ecuador

Isaac Israel Paredes Nuñez

ii.paredes@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-4067-546X>

Universidad Técnica de Ambato
Ambato-Ecuador

Artículo recibido: 18 mayo 2025 - Aceptado para publicación: 28 junio 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

El presente estudio determina la relación entre la inteligencia emocional (IE) y asertividad en el personal de salud. La inteligencia emocional se entiende como la capacidad para percibir, comprender y regular las emociones, desempeñando un papel relevante en el entorno sanitario. Por su parte, la asertividad se refiere a la habilidad de expresarse con firmeza y respeto, sin recurrir a la agresión, favoreciendo una comunicación clara y equilibrada en el contexto laboral. Se empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo transversal y descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 94 profesionales del Centro de Salud “La Maná” tipo C. La recolección de datos se realizó mediante el TMMS-24, para evaluar inteligencia emocional y el Test de Rathus para medir asertividad. Los resultados demostraron que la mayoría del personal de salud presentó niveles adecuados en las tres dimensiones de la inteligencia emocional, mientras que, en asertividad predominó el nivel de inasertividad. Además, se identificó una correlación positiva baja entre inteligencia emocional y asertividad, lo que indica una tendencia a presentar mejor gestión emocional y comunicación asertiva.

Palabras clave: inteligencia emocional, comunicación interpersonal, personal de salud

ABSTRACT

The present study determines the relationship between emotional intelligence (EI) and assertiveness in healthcare personnel. Emotional intelligence is understood as the ability to perceive, understand and regulate emotions, playing a relevant role in the healthcare environment. Assertiveness refers to the ability to express oneself firmly and respectfully, without resorting to aggression, favoring clear and balanced communication in the work

context. A quantitative approach was used, with a non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational design. The sample consisted of 94 professionals from the “La Maná” type C Health Center. Data collection was carried out using the TMMS-24 to evaluate emotional intelligence and the Rathus Test to measure assertiveness. The results showed that most of the health personnel presented adequate levels in the three dimensions of emotional intelligence, while in assertiveness the level of inassertiveness predominated. In addition, a low positive correlation was identified between emotional intelligence and assertiveness, indicating a tendency to present better emotional management and assertive communication.

Keywords: emotional intelligence, interpersonal communication, health care worker

INTRODUCCIÓN

El personal de salud enfrenta diariamente altas demandas emocionales y un ritmo de trabajo acelerado. La acumulación de tensiones propias del entorno clínico puede dificultar la regulación emocional, lo cual no solo afecta el bienestar psicológico del personal, sino, compromete su capacidad para comunicarse y responder eficazmente en situaciones críticas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS], las exigencias intrínsecas del entorno sanitario, las características individuales del trabajador y una deficiente organización del trabajo, determinan el riesgo de una atención médica inadecuada (OMS, 2018). De manera similar, el Instituto Nacional de Salud Pública de México [INSP] señala que, cuando los trabajadores de salud se enfrentan a situaciones de alta complejidad, como cuadros clínicos graves o incluso la muerte de un paciente, su capacidad para responder emocional y verbalmente puede verse desbordada (INSP, 2023).

En la actualidad se reconoce que la inteligencia emocional enfrenta problemáticas asociadas al estrés por la alta demanda emocional y la formación académica del profesional de salud. Altos niveles de estrés pueden limitar la autorregulación emocional, mientras que una formación insuficiente en habilidades emocionales dificulta su desarrollo en contextos laborales estrictos (Velásquez et al., 2024).

Martínez y González (2022), evidencian que las dificultades de gestión emocional del personal de salud en América Latina están asociadas principalmente al estrés laboral y a la sobrecarga de trabajo, afectando entre el 30 % y el 60 % de la población evaluada. De manera similar, Castillo et al. (2022), concluye que el 67.92 % de los profesionales de salud presentan un nivel reducido de IE, asociado a la falta de control y entendimiento emocional, efecto del incremento de estrés. Esta realidad, compleja y emocionalmente exigente, demanda una preparación integral que incluya no solo competencias técnicas, sino también el dominio de las propias emociones (Marcos et al., 2021).

Sin embargo, Chamorro (2023), en su trabajo investigativo concluye que la formación sanitaria continúa enfocándose principalmente en el desarrollo de competencias clínicas, relegando el fortalecimiento emocional a segundo plano. Como resultado, la carencia de inteligencia emocional genera tensiones internas que afectan tanto el autocuidado como la calidad del cuidado brindado al paciente, debido a la falta de recursos para manejar emociones intensas.

Esta problemática sugiere que, frente a la presencia de factores estresores y la carencia de habilidades emocionales, el desarrollo de la inteligencia emocional se vuelve indispensable para afrontar adecuadamente el entorno clínico (Williams, 2021). Así mismo, Cabrera y Bardales (2023), evidencian la necesidad urgente de promover el fortalecimiento de dichas

habilidades en los profesionales de salud, como una estrategia preventiva y de apoyo ante la alta carga emocional y el estrés laboral característicos de su contexto.

Desde esta perspectiva, nace la emergencia de abordar la inteligencia emocional (IE) como la capacidad para percibir, comprender y regular las emociones (Salovey y Mayer, 1990). Esta visión se concreta a través del modelo Trait Meta-Mood Scale (TMMS), el cual permite evaluar cómo las personas reconocen, interpretan y manejan sus estados emocionales. A partir de esta base teórica, Fernández-Berrocal y Ramos Díaz (2002), proponen una definición más específica de la IE, dividiéndola en tres dimensiones: percepción emocional, que se refiere a la habilidad de identificar emociones de forma adecuada; comprensión emocional, entendida como la capacidad para interpretar correctamente los estados afectivos; y regulación emocional, centrada en el manejo adecuado de las propias emociones. De forma equivalente, Goleman (1995), define la IE como una meta-habilidad que se construye desde factores como la autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales, mismas que influyen en el equilibrio personal y en el éxito en las relaciones interpersonales. De acuerdo con Shapiro (1997), el desarrollo de esta habilidad resulta fundamental, ya que, está estrechamente vinculada con la empatía y el respeto, aspectos esenciales para un desempeño profesional efectivo en el ámbito de la salud.

Martínez (2023), en su trabajo exploratorio con estudiantes de posgrado en cirugía médica, evidencia una correlación positiva entre altos niveles de IE y el bienestar psicológico ($r = 0,74$, $p < 0,001$). Lo que posiciona a la IE como un fuerte predictor de plenitud en profesionales de la salud. Paralelamente, los participantes con bajos niveles de inteligencia emocional presentan menor satisfacción personal, asociada con altos niveles de estrés y agotamiento emocional.

Ramírez (2023), en su estudio con profesionales de enfermería, resalta la importancia de la inteligencia emocional, puesto que, el 57.5 % de los participantes demostraron un buen control emocional y una notable capacidad para reconocer tanto sus propias emociones como las de los demás, lo cual se relaciona directamente con satisfacción laboral.

En contraste, Naranjo (2023), mediante el TMMS-24, halló que el 52 % de las mujeres alcanza un nivel medio en percepción y comprensión emocional, y el 66 % destaca en regulación. En contraste, el 33 % de los hombres se sitúa en niveles bajos de percepción y el 50 % alcanza un nivel medio en las demás dimensiones. Cabe mencionar, la población evaluada de este artículo está expuesta a estrés constante.

En relación a la asertividad, Ruiz y Muñoz (2024), en un análisis investigativo dirigido al personal de salud en áreas de urgencias, demuestra que el 90% de los profesionales presentan un nivel medio de asertividad, lo que destaca que, cuando las demandas emocionales del entorno clínico son elevadas, la capacidad del equipo de atención médica para expresarse de manera asertiva disminuye.

Considerando lo señalado, comprender y fortalecer la asertividad resulta fundamental. En este contexto, Gonzales (2021), basándose en el modelo de Joseph Wolpe y Arnold Lazarus, define la asertividad como la capacidad de comunicarse con calma y respeto, sin causar daño emocional a los demás, lo que resalta la relevancia de esta habilidad. Por su parte, Hartlohner (2022), relaciona este concepto con el desempeño laboral, destacando que un profesional asertivo puede expresar sus ideas, emociones y percepciones de manera clara y directa. Según, Mercado (2023), esto favorece el establecimiento de relaciones respetuosas en el entorno de trabajo. Mientras que, Bishop (2020), menciona que, el ser asertivo facilita la transmisión de información delicada, evitando respuestas hostiles o agresivas.

En un estudio sobre satisfacción laboral y asertividad, Quishpe et al. (2023), encuentra que el 75 % del personal de salud obtuvo un nivel alto de asertividad. Los participantes señalan que no cuentan con preparación formal en asertividad, sin embargo, los autores concluyen que cuando el nivel de satisfacción laboral es alto y la vocación por la profesión está presente, resulta más fácil y natural responder de forma asertiva.

No obstante, en una exploración académica sobre comunicación asertiva en cuidados paliativos, los investigadores señalan que el 50 % del personal reporta dificultades significativas al momento de entregar información emotiva a pacientes y familiares. Esto se debe, en gran medida, a que el personal de salud no ha recibido capacitación formal en habilidades asertivas, lo que dificulta su capacidad para ofrecer respuestas empáticas y adecuadas en situaciones delicadas, llevando en su lugar a una comunicación poco sensible y limitada (Guerrero et al., 2023). Entonces, en el ámbito sanitario, las principales dificultades comunicativas suelen presentarse por barreras como la falta de tiempo, espacios adecuados y formación específica.

En referencia a las variables de estudio, Candia (2024), argumenta que la falta de inteligencia emocional puede afectar negativamente en la asertividad. Sus resultados revelan que el 58.1 % de los participantes se ubican en la categoría de asertividad confrontativa, el 28.6 % en la categoría asertiva, y solo el 4.8 % en la categoría inasertiva, datos que se asocian con niveles bajos de inteligencia emocional.

Cuando la inteligencia emocional no se aplica adecuadamente, el personal de salud tiende a utilizar mecanismos como la represión emocional. Esta represión genera una disonancia emocional, que se manifiesta como un conflicto interno entre lo que realmente se siente y lo que se expresa, en un intento por cumplir con normas profesionales que exigen cierta distancia afectiva frente a los pacientes (Williams, 2021). En consecuencia, este conflicto interno no solo afecta el equilibrio emocional del profesional, sino que también interfiere en su capacidad de comunicarse de forma directa, empática y respetuosa, es decir, de manera asertiva. Como resultado, pueden surgir actitudes de frialdad y deshumanización que deterioran la calidad del trato interpersonal. Las emociones expresadas dejan de ser coherentes con los sentimientos reales del profesional (Sánchez et al., 2019), lo que limita su habilidad para establecer una

comunicación asertiva (Alarcón, 2023). Sharabiani (2023), sostiene que cuando el personal de salud presenta dificultades para reconocer sus propias emociones, también se ve comprometida su capacidad para transmitir mensajes de manera clara. Esto, a su vez, puede provocar que los pacientes malinterpreten lo que se comunica, especialmente si el mensaje se emite con un tono frío o tenso. En este sentido, González et al. (2020) advierten que estas situaciones aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten emociones negativas como miedo o impotencia, lo que repercute directamente en su adherencia al tratamiento (Guerrero et al., 2023).

De esta manera, se reconoce ampliamente la importancia de las habilidades emocionales y comunicativas en el ámbito clínico; comprender con claridad las propias emociones facilita una comunicación clínica más asertiva. Esto fortalece la relación terapéutica y mejora la atención que reciben los pacientes, principal beneficio de aplicar inteligencia emocional en contextos de salud. Por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la inteligencia emocional y la asertividad en el personal de salud, evaluar el nivel de las dimensiones de la inteligencia emocional, valorar el nivel de asertividad y comparar esta última según el sexo del personal de salud. Esto conduce a plantearse, ¿a medida que aumenta la inteligencia emocional, también aumenta la capacidad de comunicarse asertivamente?

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con diseño no experimental y de corte transversal, dado que se recolectaron datos en un solo momento mediante instrumentos psicológicos validados, sin manipular variables. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando a profesionales de la salud en ejercicio activo que otorgaron su consentimiento informado y disponían de tiempo para participar en la evaluación. Se excluyó al personal administrativo sin contacto directo con pacientes, así como a aquellos profesionales que participaban simultáneamente en otras investigaciones, para evitar posibles sesgos derivados de la exposición a diferentes instrumentos o contextos. También se excluyeron los integrantes del equipo de salud que se encontraban en licencia médica o en periodo de vacaciones durante el tiempo de ejecución del estudio. La muestra final estuvo conformada por 94 participantes, hombres y mujeres, seleccionados por su disponibilidad y facilidad de acceso, a partir de una muestra inicial de 100 profesionales.

Instrumentos

Se empleó la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) se basa en la Trait Meta-Mood Scale (TMMS) desarrollada por el grupo de investigación de Salovey y Mayer, y fue adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004) con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95. La TMMS-24 consta de 24 ítems evaluados en una escala tipo Likert, que va desde 1 "nada de acuerdo" hasta 5 "totalmente de acuerdo". Esta escala se divide en tres subescalas: percepción emocional (ítems 1-8), comprensión emocional (ítems 9-

16) y regulación emocional (ítems 17-24). Cada subescala se interpreta como escasa, adecuada o excelente, dependiendo del puntaje obtenido según los baremos establecidos para cada género (González et al., 2020).

Para evaluar asertividad, se usó el Inventario de Asertividad de Rathus creado por Spencer A. Rathus. Esta prueba ha demostrado una validez adecuada, con un coeficiente de fiabilidad de $r = 0,77$. Consta de 30 ítems que se califican mediante una escala tipo Likert que va desde +3 (muy característico de mí) hasta -3 (muy poco característico), sin opción neutral. El instrumento ofrece una puntuación total que se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem. Cabe señalar que 17 de los ítems (1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30) deben puntuarse de forma inversa. La puntuación total puede oscilar entre -90 y +90, donde los valores positivos indican mayor asertividad (Muñoz et al., 1973).

Procedimiento

El proceso investigativo se inició con la aprobación del tema por parte del Comité de Bioética de la universidad. Posteriormente, se gestionó la carta de compromiso, la cual fue firmada por el representante de la institución donde se llevaría a cabo el estudio. Una vez obtenida la aprobación del protocolo por parte del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, se procedió a la aplicación de los instrumentos. Se presentó y explicó el consentimiento informado a los participantes, garantizando su comprensión y aceptación voluntaria. La recolección de datos se realizó mediante un formulario en Google, que incluyó una encuesta sociodemográfica y los instrumentos psicológicos pertinentes para evaluar las variables del estudio. La información recolectada fue organizada y analizada utilizando el software estadístico Jamovi 2.3.21. Para determinar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk; al no encontrarse una distribución normal, se utilizó la prueba de Spearman para analizar la correlación entre variables. Asimismo, se aplicaron pruebas descriptivas para evaluar los niveles de las dimensiones de inteligencia emocional y asertividad. Finalmente, con el objetivo de identificar diferencias significativas según el sexo, se empleó la prueba U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se presenta el análisis de los resultados, en base a la aplicación de los instrumentos TMMS-24 y Test de asertividad de Rathus, según los objetivos formulados.

En la tabla 1 se muestra la correlación entre las dimensiones de inteligencia emocional y asertividad.

Tabla 1*Correlación entre las dimensiones de inteligencia emocional y asertividad*

		Comprensión emocional	Regulación emocional	Percepción emocional
Asertividad	Rho de Spearman	0.296	0.298	0.311
	valor p	0.004	0.004	0.002

Se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para verificar si los datos seguían una distribución normal, dado que, los resultados indicaron ausencia de normalidad, se optó por utilizar el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) con un 95% de confianza. Se evidencia una correlación positiva y baja entre asertividad y las dimensiones de la inteligencia emocional respectivamente, ($Rho(94) = 0.296$ $p < 0.05$), ($Rho(94) = 0.298$ $p < 0.05$), ($Rho(94) = 0.311$ $p < 0.05$). Estos hallazgos sugieren que, a mayor inteligencia emocional, mayor nivel de asertividad.

En la tabla 2, 3 y 4 se identifican las dimensiones de inteligencia emocional con sus respectivos niveles.

Tabla 2*Nivel de percepción emocional*

Nivel	Frecuencia	% del Total
Adecuada percepción	43	45.7 %
Demasiada percepción	8	8.5 %
Poca percepción	43	45.7 %

En los 94 profesionales evaluados predomina el nivel adecuado (45.7%) y poca percepción emocional (45.7%), y por último, el 8.5% muestra demasiada percepción emocional.

Tabla 3*Nivel de comprensión emocional*

Nivel	Frecuencia	% del Total
Adecuada comprensión	50	53.2 %
Excelente comprensión	12	12.8 %
Poca comprensión	32	34.0 %

Los resultados muestran que el 53.2 % del personal de salud tiene un nivel adecuado, mientras que, el 34.0 % presenta poca comprensión emocional, y el 12.8 % demuestra un nivel excelente.

Tabla 4*Nivel de regulación emocional*

Nivel	Frecuencia	% del Total
Adecuada regulación	60	63.8 %
Excelente regulación	16	17.0 %
Poca regulación	18	19.1 %

El 63.8 % del personal evaluado muestra un nivel adecuado, el 19.1 % presenta poca regulación emocional, y el 17.0 % refleja excelente regulación emocional.

En la tabla 5 se evidencian los niveles de asertividad en el personal de salud.

Tabla 5*Niveles de asertividad*

Nivel Asertividad	Frecuencia	% del Total
Asertividad confrontativa	25	26.6 %
Asertivo	3	3.2 %
Definitivamente inasertivo	6	6.4 %
Inasertivo	30	31.9 %
Muy asertivo	2	2.1 %
Muy inasertivo	28	29.8 %

La mayoría de los participantes se ubican en el nivel inasertivo (31.9%), seguido de muy inasertivo (29.8%), el 26.6 % mostró asertividad confrontativa, el 6,4% correspondió al nivel definitivamente inasertivo, mientras que, el 3.2 % fue clasificado como asertivo, y finalmente, el 2.1% como muy asertivo.

En la tabla 6 se indica la comparación de las medias de asertividad en el personal de salud según el sexo.

Tabla 6

Comparación de medias según el sexo

	Sexo	N	Media
Asertividad	Hombre	23	-26.7
	Mujer	71	-21.7

		Estadístico	p
Asertividad	U de Mann-Whitney	798	0.871

Debido a que, las variables de asertividad y sexo no cumplen con los criterios de normalidad, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney con el 95% de confianza, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de hombres (M= -26.7) y mujeres (M= -21.7) en asertividad (U= 798, p 0.871).

DISCUSIÓN

En relación con los resultados obtenidos sobre las dimensiones de inteligencia emocional y asertividad, se evidencian diferencias entre el manejo de estas habilidades socioemocionales en personal de salud.

En las dimensiones de inteligencia emocional, el 63.8 % del personal evaluado reportó un nivel adecuado en regulación emocional, lo que significa que estas personas son capaces de manejar adecuadamente sus emociones en situaciones de presión o tensión, controlando reacciones impulsivas y actuando de manera más reflexiva. Este resultado guarda relación con lo encontrado por Ramírez (2023), quien obtuvo un puntaje similar en profesionales de salud; a pesar de trabajar en entornos emocionalmente demandantes, logran mantener una buena capacidad de autorregulación. Por otro lado, Castillo et al. (2022), en su estudio con el equipo sanitario del Hospital San Luis de Otavalo, revela que gran parte de la población evaluada tiene bajo control emocional. Mientras que, Williams (2021), señala que la falta de regulación

emocional puede estar causada por agotamiento mental y altos niveles de estrés en el área de trabajo.

En cuanto a la percepción emocional, se identificó que el 45.7 % del personal mostró inconvenientes para identificar sus propias emociones y las de los demás, lo que significa que existe una limitación en el reconocimiento emocional tanto interno como externo, lo cual puede dificultar la empatía y la comprensión de las necesidades afectivas de los pacientes y compañeros. Naranjo (2023), también evidencia resultados bajos en esta dimensión. En tal sentido, este resultado es coherente con lo planteado por Alarcón (2023) y Sharafkhani (2023), quienes advierten que la falta de reconocimiento emocional dificulta la identificación de las propias emociones, lo que repercute en la calidad de la comunicación y atención. Por otro lado, el 45.7 % también se ubicó en un nivel adecuado para percibir emociones, lo que significa que otra parte del personal de salud posee la capacidad de notar y comprender las señales emocionales en sí mismos y en los demás, lo que favorece una interacción empática y una respuesta más oportuna a las demandas emocionales del entorno clínico. Esto se alinea con Ramírez (2023), quien demostró que el personal de enfermería en un hospital de Guayaquil tiene una notable sensibilidad para percibir estados emocionales propios y ajenos.

En el área de comprensión emocional, el 53.2 % presentó un nivel adecuado, lo que significa que, una cantidad considerable del personal clínico evaluado es capaz de interpretar correctamente las emociones y entender cómo estas pueden evolucionar, influyendo en las decisiones y comportamientos. Resultado que coincide con Naranjo (2023), quien reportó que la mitad de su muestra se ubicó en este mismo nivel. Por el contrario, Castillo et al. (2022), obtuvo resultados donde más de la mitad de la población evaluada tiene dificultades para entender sus emociones. Guerrero et al. (2023), señala que la carencia de captación emocional puede convertirse en un impedimento para facilitar la funcionalidad de la relación entre el profesional de salud y el paciente.

En cuanto a asertividad, el 31.9 % de la población se colocó en el nivel inasertivo, lo que sugiere la falta de expresión clara sobre sentimientos e ideas en el contexto clínico analizado. Este predominio de inasertividad coincide con lo reportado por diversos autores como Ruiz y Muñoz (2024), Alarcón (2023), Candia (2024) y Guerrero et al. (2023), quienes también obtuvieron predominio en niveles inasertivos en profesionales de la salud que se desempeñan en contextos clínicos exigentes emocionalmente. Por otro lado, Quishpe et al. (2023), obtuvo un nivel alto de asertividad en los trabajadores de salud del Hospital General del Puyo, lo que significa que su muestra fue capaz de expresar opiniones, necesidades y emociones de manera directa, clara y respetuosa, sin recurrir a la agresividad ni a la pasividad. Sin embargo, dicho autor recalca que la asertividad podría estar relacionada con otros factores presentes en el campo médico, más allá de las habilidades emocionales, lo cual explicaría el declive de asertividad en este contexto.

Por consiguiente, los datos estadísticos obtenidos en este estudio evidencian una correlación positiva baja entre la inteligencia emocional y la asertividad en el personal evaluado, lo que sugiere que, a mayor capacidad para identificar, interpretar y manejar las propias emociones, mayor es la probabilidad de que el personal de salud responda de manera asertiva ante las demandas del entorno clínico.

Cabe destacar que, el personal de salud enfrenta condiciones laborales exigentes, lo cual puede afectar tanto la inteligencia emocional como la comunicación asertiva, estudios como los de Martínez y González (2022), Castillo et al. (2022) y Martínez (2023) lo evidencian. Esto explica porque Marcos et al. (2021) resalta la necesidad de fortalecer no solo habilidades técnicas, sino también emocionales. Esto podría explicar la baja correlación encontrada en este estudio. Además, esta discrepancia en los resultados puede atribuirse, en parte, a la metodología empleada. Cabe señalar que la muestra fue reducida debido a la limitada disponibilidad de personal en el lugar donde se llevó a cabo el estudio. Esta situación dificultó la obtención de una mayor variabilidad y profundidad en los datos recolectados, lo que limitó la solidez de los análisis estadísticos y la interpretación de las variables.

CONCLUSIONES

Los resultados en este estudio muestran una correlación positiva baja entre inteligencia emocional y asertividad en el personal de salud. Lo que significa que, aunque ambas habilidades están relacionadas, una mayor inteligencia emocional no garantiza ser asertivo. A nivel individual, esto se traduce en profesionales que pueden reconocer y manejar sus emociones, pero que aún presentan dificultades para expresarlas con claridad y firmeza. A nivel social, puede generar conflictos interpersonales, malentendidos y un trato menos empático hacia los pacientes, evidenciando que la inteligencia emocional, por sí sola, no basta; también se requiere fortalecimiento específico en habilidades comunicativas.

En cuanto a las dimensiones de la inteligencia emocional, se evidenció que muchos profesionales de la salud tienen dificultades para identificar y expresar lo que sienten, lo cual afecta su equilibrio interno y la calidad de sus relaciones interpersonales. Aunque algunos logran regular sus emociones, esta capacidad resulta limitada ante las altas demandas emocionales del entorno hospitalario. Por ello, es fundamental fomentar una gestión emocional consciente, ya que contribuye al bienestar psicológico del personal y repercute positivamente en la atención brindada a los pacientes.

En referencia a la asertividad, se observó que la mayoría de los evaluados tienden a emplear formas poco efectivas de expresión, reflejando comportamientos inasertivos. Esto indica una dificultad para manifestar sus necesidades, opiniones o sentimientos de forma clara y respetuosa, lo cual puede generar malentendidos, tensiones o insatisfacción en el ámbito laboral como en la relación con los pacientes. Un pequeño grupo presentó un estilo confrontativo,

caracterizado por defender sus ideas. Aunque este estilo puede ser útil en determinadas situaciones, si no se maneja con cuidado, corre el riesgo de parecer agresivo, afectando la percepción del mensaje y dañando el vínculo con los demás.

Finalmente, al comparar los resultados según el sexo, no se evidenciaron diferencias significativas en los niveles de asertividad entre hombres y mujeres. Sin embargo, se observó que, en general, los niveles de asertividad fueron bajos en ambos grupos. Esto indica que, independientemente del sexo, los participantes presentan dificultades para expresar con claridad sus pensamientos, defender sus derechos o manifestar sus emociones de forma firme pero cordial. Es pertinente recalcar que, este hallazgo no puede ser generalizado a otras poblaciones sin antes realizar investigaciones que consideren distintos factores personales, sociales y culturales.

REFERENCIAS

- Alarcón, B. (2023). Fortalecimiento de la comunicación asertiva, manejo de emociones y conocimientos sobre el desarrollo infantil temprano de las actoras comunales de un distrito de Andahuaylas, Apurímac. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
- Bishop, S. (2020). Desarrolle su asertividad. Barcelona: Gedisa.
- Cabrera, Y., Bardales, J. (2023). Inteligencia Emocional y Rendimiento Académico en el Perú: Revisión Sistemática Periodo 2020 al 2023 y Meta-Análisis. *Revista Científica Multidisciplinar*.
- Candia, A. (2024). Inteligencia emocional y comunicación asertiva en el personal de enfermería del Hospital “Vitarte”. *Repositorio Universidad Nacional Federico Villaruel*.
- Castillo Ruiz, G. Y., y Males Alajo, A. C. (2022). Inteligencia emocional y estrés laboral en profesionales de la salud: Hospital San Luis de Otavalo. *Universidad Nacional de Chimborazo*.
- Chamorro, M. (2023). Inteligencia emocional y reacciones psicofisiológicas en el ámbito de los profesionales de la salud. *ELSEVIER*.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, D. (2002). Corazones inteligentes. *Barcelona: Kairós*.
- Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence. New York: *Bantam Books*.
- Gonzales, M. (2021). La comunicación asertiva: una habilidad fundamental para el convivir. *Universidad Central*.
- González, R., Custodio, J. B., y Abal, F. J. P. (2020). Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale-24 en estudiantes universitarios argentinos. *Psicogente*, 23(44), 1–26.
- Guerrero, N. del R., Zurita Soria, M. M., Padrón Fernández, L., y Pérez Reyes, J. E. (2023). Comunicación asertiva de malas noticias a pacientes y familiares de cuidados paliativos. *Revista Qualitas*.
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. (2023). Los riesgos del estrés laboral para la salud. *Gobierno de Mexico*.
- Martínez-Contreras, A. F., Hernández-Rincón, E. H., Ulloa-Rodríguez, M. F., y Guzmán-Sabogal, Y. R. (2023). Inteligencia emocional y su importancia en el proceso formativo de especialidades médico-quirúrgicas. *Revista Cubana de Medicina*, 62(2).
- Martínez, L., y González, A. (2022). Factores que Inciden el Desarrollo de estrés en Personal de Blanco en América Latina. *Vitalia*.
- Marcos, J. F., Cerdio, D., Del Campo, E., Gutiérrez, R. E., Castro, L. A., y Cedillo, A. C. (2021). Relación médico-paciente e inteligencia emocional, un reto en la educación médica. *Medicina y Ética*, 32(3), 635–664.
- Mercado, C. (2023). Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación en el

- personal de salud: escucha activa, asertividad e inteligencia emocional y escucha activa en el ámbito académico. *Universidad Privada Abierta Latinoamericana*.
- Muñoz, M., y Pérez-Santos, E. (1973). Inventario de Asertividad de Rathus (RAS).
- Naranjo, Y. (2023). Inteligencia emocional y comunicación asertiva en estudiantes de primer semestre de la carrera de Psicopedagogía de la UNACH. *Repositorio UNACH*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Riesgos psicosociales y salud mental. *OMS*.
- Oscar. (2022). Los 4 Estilos Asertivos: Reconócelos y Mejora tu Asertividad. *The Therapy Project*.
- Peacock, F. W., Wilkinson, S., & Shofer, F. S. (2020). Words matter: The importance of compassionate communication in the emergency department. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(12), 2631–2634.
- Quishpe, J., y Tello, J. (2023). Percepción de los familiares sobre la comunicación asertiva del personal de enfermería. *Universidad Técnica de Ambato*.
- Ramirez, T. (2023). Inteligencia emocional del personal de enfermería frente al cuidado comunitario en contextos de incertidumbre. *Universidad de Cuenca*.
- Ruiz-González, E. Y Muñoz-Argel, M. (2024). Competencias socioemocionales de profesionales de la atención sanitaria en hospitales del Atlántico Colombia. *European Public and Social Innovation Review*.
- Salovey, P. Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Sage Journals*.
- Sánchez-Padilla, M. L., Martínez-Alcántara, S., y Zamora-Macorra, M. (2019). Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del hospital general de México, 2017. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 22(2).
- Shapiro, L. (1997). La inteligencia emocional de los niños. Bilbao: Grupo Zeta. *Dialnet*.
- Sharafkhani, R., Nukpezah, R. N., Lathabhavan, R., Kallmen, H., Fournier, A., y Hosseini Marznaki, Z. (2023). Factors that affect levels of alexithymia, empathy and communication skills of nursing students in northern Iran. *Nursing Open*.
- Velásquez-Cedeño, M. C., Reyes-Reyes, E. Y., Bravo-Guerrero, R. I., y Mera-Chancay, M. T. (2024). La inteligencia emocional: Habilidad blanda indispensable para el personal de salud. Revisión sistemática. *Salud y Ciencias Médicas*, 3(5), 94–101.
- Williams, L. L. (2021). Reconociendo la disonancia emocional entre los proveedores de atención médica durante una pandemia global y disturbios sociales; y sus efectos en la atención al paciente. *Journal of Medical Sciences*, 3(1), 72.