



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DE UN HOSPITAL PÚBLICO. LIMA 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN
HOSPITALARIA**

AUTOR:

CHAPOÑAN CAMARENA EDGARDO

ASESOR:

MG. TORRES PRADA, ESTRELLA ROSANNA

JURADO:

DRA. CRUZ GONZALES, GLORIA ESPERANZA

DR. MIRAVAL ROJAS, EDGAR JESUS

DR. TEMOCHE HUERTAS, ABIAGIL

LIMA – PERÚ

2020

TESIS

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DE UN HOSPITAL PÚBLICO. LIMA 2019”**

DEDICATORIA:

A Dios, a todos nuestros pacientes, quienes son la razón de ser de nuestra profesión

A mi familia, por su paciencia y apoyo

A todas las personas sin las cuales no existiría esta investigación.

RECONOCIMIENTO

Mi especial reconocimiento para los distinguidos Miembros del Jurado:

Dra. Cruz Gonzales Gloria Esperanza

Dr. Miraval Rojas Edgar Jesus

Dr. Temoche Huertas Abiagil

Por su criterio objetivo en la evaluación de este trabajo de investigación.

Asimismo, mi reconocimiento para mi asesor:

Mg. Torres Prada Estrella Rosanna.

Por las sugerencias recibidas para el mejoramiento de este trabajo.

Muchas gracias para todos.

ÍNDICE

CÁRATULA	i
TÍTULO	ii
DEDICATORIA:	iii
RECONOCIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Planteamiento del Problema	8
1.2. Descripción del Problema.....	11
1.3. Formulación del Problema	12
1.3.1. Problema General	12
1.3.2. Problemas Especificos	13
1.4. Antecedentes:.....	13
1.4.1. Antecedentes internacionales:	13
1.4.2. Antecedentes nacionales:	15
1.5. Justificación de la Investigación	16
1.6. Limitaciones de la investigación.....	17
1.7. Objetivos.....	18
1.7.1. Objetivo General.....	18
1.7.2. Objetivos Específicos.....	18
1.8 Hipótesis	19
1.8.1. Hipótesis General	19
1.8.2. Hipótesis Específicas	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1 Marco conceptual.....	20

III. MÉTODO	29
3.1. Tipo de Investigación	29
3.2. Población y Muestra.....	29
3.3. Operacionalización de Variables	30
3.4. Instrumento	31
3.5. Procedimientos.....	32
3.6. Análisis de Datos	33
3.7. Consideraciones Éticas.....	34
IV. RESULTADOS	35
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
VI. CONCLUSIONES	52
VII.RECOMENDACIONES	54
VIII. REFERENCIAS	55
IX. ANEXOS	61
Anexo 1. Matriz de Consistencia.....	62
Anexo 2. Instrumento de Recolección de Datos.....	64
Anexo 3. Confiabilidad del Cuestionario.....	69
Anexo 4. Consentimiento Informado.....	71

RESUMEN

El servicio de emergencia de los hospitales públicos constituye un área de alto riesgo para la seguridad del paciente, el desarrollo de conflictos derivados del acto sanitario, denuncias legales e insatisfacción de pacientes, los médicos tienen que tomar decisiones bajo incertidumbre, con datos clínicos incompletos, escaso tiempo, infraestructura y personal insuficiente de pacientes real y potencialmente graves, lo cual conlleva a sobrecarga laboral extrema y esfuerzo mental que afecta el pensamiento y la percepción. Siendo la Inteligencia Emocional determinante para el desempeño académico, empatía y mejor toma de decisiones, se buscó establecer como se distribuye la Inteligencia Emocional (IE) entre los médicos de los diferentes tópicos del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, 2019.

Estudio de investigación: Observacional, de corte transversal.

Muestra: No probabilístico, muestra censal, que incluyó a 50 médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia (Medicina Interna, Cirugía general, Ginecología y Emergencia). Se utilizó el cuestionario “Trait Meta Mood Scale” (TMMS-24) de Mayer y Salovey, en su versión en español, para medir la IE con sus 3 dimensiones: percepción, comprensión y regulación. El cuestionario fue sometido a validación por 3 expertos y sometida al análisis de Cronbach con confiabilidad de 0,89 (89%).

Los resultados: El 96% de los médicos tienen una Inteligencia Emocional entre “adecuada” y “excelente”. La distribución de la Inteligencia Emocional entre los médicos es homogénea, no existe diferencia significativa en la mediana de la IE entre los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia del Hospital María Auxiliadora, el valor obtenido del estadístico H de Kruskal-Wallis fué de 0,108 con una $p = 0,991$.

Conclusión: Se confirma la validez y confiabilidad del cuestionario TMMS-24, para la medición de la IE en médicos del servicio de emergencia. La mayoría de los médicos que laboran en la Emergencia poseen entre “adecuada” y “excelente” Inteligencia Emocional y solamente el 4% de ellos “debería mejorar” su Inteligencia Emocional. Los médicos especialistas (Medicina, Cirugía, Ginecología y Emergencia) que laboran en la emergencia poseen características similares con relación a su Inteligencia Emocional.

Palabras claves: Inteligencia emocional, percepción, comprensión, regulación, TMMS-24.

ABSTRACT

The emergency service of public hospitals is an area of high risk for patient safety, the development of conflicts arising from the health act, legal complaints and patient dissatisfaction, doctors have to make decisions under uncertainty, with incomplete clinical data, short time, infrastructure and insufficient staff of real and potentially serious patients, which leads to extreme work overload and mental effort that affects thinking and perception. Being Emotional Intelligence decisive for academic performance, empathy and better decision making, it was sought to establish how Emotional Intelligence (IE) is distributed among doctors of the different topics of the emergency service of the María Auxiliadora Hospital, 2019.

Research study: Observational, cross-sectional.

Sample: Not probabilistic, census sample, which included 50 doctors of the different specialties that work in the emergency (Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Emergency). The "Trait Meta Mood Scale" (TMMS-24) questionnaire by Mayer and Salovey, in its Spanish version, was used to measure EI with its 3 dimensions: perception, understanding and regulation. The questionnaire was submitted to validation by 3 experts and submitted to the Cronbach analysis with a reliability of 0.89 (89%).

The results: 96% of doctors have Emotional Intelligence between "adequate" and "excellent." The distribution of Emotional Intelligence among doctors is homogeneous, there is no significant difference in the median of EI between doctors of the different specialties working in the emergency of the Mary Help of Christians Hospital, the value obtained from the H statistic of Kruskal-Wallis was of 0.108 with a $p = 0.991$.

Conclusion: The validity and reliability of the TMMS-24 questionnaire is confirmed for the measurement of EI in doctors of the emergency service. Most of the doctors working in the Emergency have between "adequate" and "excellent" Emotional Intelligence and only 4% of them "should improve" their Emotional Intelligence. The medical specialists (Medicine, Surgery, Gynecology and Emergency) who work in the emergency have similar characteristics in relation to their Emotional Intelligence

Key words: emotional intelligence, perception, understanding, regulation and TMMS-24

I. INTRODUCCIÓN

Que esperan los pacientes de los médicos, es una pregunta que fue contestada hace ya algunos años, a través de una encuesta en los Estados Unidos (Cleveland Clinics, 2014), los pacientes manifestaron que esperan que el médico sea humano y empático, metódico, personal, respetuoso, franco, seguro y que sepa comunicarse con ellos, esta realidad no se diferencia de lo que esperan los pacientes en nuestro país, quienes califican con un bajo nivel de satisfacción la atención sanitaria en nuestro sistema de salud público (mal servicio de salud en el 46% de los encuestados) y que desaprueban la calidad de la atención en nuestros hospitales públicos: promedio 10,1 frente a las clínicas privadas: promedio 14,4 (El Comercio, 2014).

El desarrollo de la inteligencia emocional se relaciona con menor número de demandas legales, mayor empatía con los pacientes, mejor clima organizacional, mejor desempeño académico, mejor comunicación con los pacientes, es decir con las cualidades que esperan los pacientes que tengan los médicos.

Si el cliente es quien mejor define la calidad del servicio que recibe, y extrapolamos esta realidad, al sistema de salud, resulta evidente que la población en nuestro país necesita de médicos con inteligencia emocional, principalmente en las áreas de mayor conflicto, demandas laborales, stress e impacto sanitario, como son los servicios de emergencia, de ahí la necesidad de estudios, que permitan valorar como estamos en este aspecto.

En decir, ya sea desde la perspectiva legal (teniendo en cuenta que la principal causa de denuncias legales por mala-praxis en nuestro país se deben a problemas de comunicación entre el paciente y/o sus familiares y el personal médico), desde la perspectiva administrativa (mejora del clima organizacional, mejor desempeño, mejor nivel de satisfacción), e incluso

desde el punto de vista moral (mayor empatía con los pacientes), la inteligencia emocional constituye una herramienta valiosa que deberíamos aprovechar por el bien de nuestros pacientes y de la comunidad en general, sobre todo si aspiramos a un sistema de salud seguro, efectivo y eficiente, con el paciente como centro de la decisión, es decir el sistema de salud del siglo XXI.

1.1. Planteamiento del Problema.

En la presente coyuntura, con un sistema sanitario complejo, caracterizado por especialidades, subespecialidades, que a su vez determinan equipos multidisciplinarios, uso de últimas tecnologías, personal sanitario insuficiente, desmotivado, algunas veces deshumanizado, con infraestructura y recursos limitados, frente a una demanda creciente de pacientes en los servicios de emergencias, generalmente saturados, hacinados, con pacientes con riesgo real o potencial de muerte, bajo incertidumbre diagnóstica y con la necesidad de intervenciones rápidas y oportunas, dicho escenario constituye el medio propicio para el desarrollo de incidentes relacionados con la atención en salud, es en este escenario donde competencias como la Inteligencia Emocional juega un rol trascendental como lo demuestran diversos estudios foráneos,

Según Walkiewicz y Tartas (2017), en su revisión de la literatura que incluía a 28,285 profesionales de la salud (médicos, residentes y enfermeras), concluyeron que “los profesionales médicos que son vulnerables al stress laboral extremo no reciben el adecuado soporte de sus compañeros y frecuentemente se muestran impulsivos, introvertidos, neuróticos y perfeccionistas, con un bajo nivel de inteligencia emocional, así también como un bajo nivel de control externo” (p.181).

Desde la aparición del informe “Errar es humano” del Instituto de Medicina (IOM), el tema de seguridad de los pacientes acaparó la atención mundial, uno de dichos estudios fue el realizado por Leape y colaboradores, los cuales estimaron que el 4% de los

pacientes hospitalizados sufrían algún tipo de daño, el 70% de los cuales eran temporales, sin embargo, el 14% de ellos provocaba la muerte de los pacientes. El informe del IOM estimó que en los hospitales norteamericanos mueren cada año entre 44,000 y 98,000 pacientes a consecuencia de los eventos adversos, cifra que supera a la mortalidad por accidentes de tránsito, Sida o Cáncer (Aranaz-Andrés et al., 2011, p. 195).

Actualmente se considera que el hospital ya no solo es el lugar donde se atiende a los pacientes, sino también un espacio donde afrontar la incertidumbre diagnóstica y terapéutica. “Siempre que hay incertidumbre, se tienen que hacer juicios. Y siempre que se hacen juicios hay posibilidad del fallo humano” (Lewis, 2017, p.226). Entonces porque no investigar el factor humano.

Kahneman y Tversky descubrieron que “no sólo la excitación emocional, alteraba el tamaño de la pupila, el esfuerzo mental tenía el mismo efecto. Tal y como ellos lo expresaron era muy probable que existiera un antagonismo entre pensamiento y percepción”. Así pues “El grado de intensidad de la actividad mental afecta a la percepción” (Lewis, 2017, p.141).

Las emociones van a determinar y mejorar el pensamiento porque dirigen la atención de los individuos hacia la información importante. Las variaciones emocionales nos van a permitir adoptar diferentes puntos de vista y múltiples perspectivas de los problemas. La Inteligencia Emocional ha sido propuesta como un concepto clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica. Un médico con unas adecuadas habilidades de comunicación clínica disminuye el número de demandas recibidas, el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento y su nivel de satisfacción (Fernandez-Berrocal, 2010, p.22-24).

La Inteligencia Emocional (IE) se puede modificar, como se demuestra, en el estudio realizado a 17 enfermeras y 10 médicos, que recibieron entrenamiento en Inteligencia Emocional, y que fueron sometidos a una prueba de IE antes y después del entrenamiento, basada en el modelo de Bar-on, se concluyó que el entrenamiento en Inteligencia Emocional puede modificarla positivamente y de esta manera ofrecer importantes beneficios tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud (Bamberger, 2016, p.159) A la fecha del presente trabajo, no se han realizado en nuestro Hospital María Auxiliadora, ni en nuestro país estudios acerca del perfil de la IE del personal médico en los servicios de emergencia.

Se plantea la necesidad de establecer la distribución de la Inteligencia Emocional en los diferentes tópicos del servicio de emergencia, dada las diversas investigaciones que la correlacionan con el mejor desempeño laboral, éxito académico en estudiantes de ciencias de la salud (Satterfield et al., 2009, p.65), y en la práctica clínica ha sido relacionada con mejor empatía en la consulta médica, en las relaciones médico-paciente, en el desempeño clínico (Stratton et al., 2005, p.S34) y en la satisfacción del paciente (Blue et al., 2000, p.326).

Nos planteamos ¿Cómo se presentará la IE entre nuestros médicos de la emergencia? y si ésta (la IE), es diferente entre los profesionales médicos de los diferentes tópicos de emergencia del hospital maría auxiliadora.

Dentro de este contexto, el servicio de emergencia constituye un área de alto riesgo para la ocurrencia de diversos tipos de eventos adversos, debido a la rotación y dinámica de la atención, al absorber gran demanda de pacientes con diversos grados de gravedad, además de convivir con deficiencia cuantitativa y cualitativa de personal y recursos materiales que resultan en sobrecarga de trabajo y estrés profesional y ambiental (Tanferri et al., 2014, p.206).

1.2. Descripción del Problema.

La deshumanización y pobre empatía con los pacientes, los problemas de comunicación en la atención médica, el cambio de la relación médico-paciente, antes vertical y ahora horizontal (al mismo nivel), los conflictos derivados del acto médico, las demandas legales especialmente en los servicios de emergencia, caracterizados por estar saturados, con una oferta insuficiente para las necesidades de la población, que conlleva a una pobre percepción de la calidad asistencial sanitaria de nuestro sistema de salud pública

Por otro lado, pacientes con mayor empoderamiento en la toma de decisiones de su estado de salud, con mayor acceso a los sistemas de información (internet), insatisfechos, pacientes que ahora son impacientes, constituyen una mayor exigencia para la atención médica, en respuesta diversos estudios han tratado de enfrentar esta realidad, identificando y buscando estrategias para gestionar las urgencias médicas, procurando atenuar la saturación, reorganizando el registro de pacientes, derivando a los pacientes que no son constituyen una verdadera emergencia, implementando de consultorios de atención rápida, optimizando el flujo de los pacientes, mejorando la oferta de camas hospitalarias, sin sobredimensionar la infraestructura hospitalaria (Jaén, Espinal y Zapata, 2018). Enfocándose en la gestión del servicio, “muy pocos” (hablando de nuestra realidad) en la gestión de las personas, no se toma en cuenta lo que esperan los pacientes del personal sanitario, que ya fue descrito en la literatura extranjera: los pacientes esperan que los médicos sean minuciosos, competentes, empáticos, asertivos, que se comuniquen claramente y fluidamente, sin muchos tecnicismos, que sean respetuosos, es decir que tengan muchas de las cualidades que englobe el concepto de Inteligencia Emocional (IE), ya que el manejo adecuado de las emociones tanto propias

como ajenas, en este contexto resulta necesario para optimizar la atención de salud en los servicios de emergencia.

El Hospital María Auxiliadora, con nivel III-1, según la categorización del Ministerio de Salud (MINSA), es la principal Institución prestadora de servicios de salud de Lima Sur, con una población de 2'334,380 habitantes, durante el 2018 se atendieron en el servicio de emergencia a 93,655 pacientes procedentes de los distritos de San Juan de Miraflores (43%) y Villa María del Triunfo (29%), Chorrillos (12%) entre otros, de los cuales 755 fallecieron; siendo más de la mitad de las atenciones (53%) a pacientes adultos y adultos mayores y teniendo como principales causas de atención: el dolor abdominal no especificado(8.9%), falso trabajo de parto(5.5%), y la fiebre de origen desconocido(3.22%) entre otros. El servicio de emergencia cuenta con 44 camas, de los diferentes tópicos (sala de observación de medicina, sala de observación de gineco-obstetricia, unidad crítica de emergencia y trauma-shock), siendo medicina el tópico con mayor número de atenciones, con una oferta de personal médico en todo el hospital de 379 profesionales entre nombrados, contratados y personal CAS. El 64.7% de los pacientes se encuentran insatisfacción con la atención recibida en la emergencia, especialmente en la dimensión capacidad de respuesta (MINSA, 2019).

Teniendo en cuenta la realidad mencionada nos formulamos la siguiente pregunta, para lo cual se plantean los siguientes problemas tanto general como específicos:

1.3. Formulación del Problema.

1.3.1. Problema General.

- **PG:** ¿De qué manera se distribuye la Inteligencia Emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran?

1.3.2. Problemas Específicos.

- **PE1:** ¿De qué manera se distribuye la dimensión percepción de la Inteligencia Emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran?
- **PE2:** ¿De qué manera se distribuye la dimensión comprensión de la Inteligencia Emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran?
- **PE3:** ¿De qué manera se distribuye la dimensión regulación de la Inteligencia Emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran?

1.4. Antecedentes.

No existen en nuestro país estudios precedentes que valoren la inteligencia emocional en los médicos que laboran en la emergencia, así como tampoco como se distribuye la IE entre los médicos de las diferentes especialidades que trabajan en los tópicos de emergencia.

No se cuenta con un instrumento validado en nuestro país, para medir la inteligencia emocional en los profesionales médicos de emergencia.

1.4.1. Antecedentes internacionales.

Según Joseph y Jin (2015), revisiones empíricas actuales han establecido una fuerte relación entre la inteligencia emocional y el desempeño laboral, lo que podría implicar que **la inteligencia emocional sea pronosticadora del desempeño laboral, como se evidencia de los resultados de su meta análisis**, el contenido de medidas de la Inteligencia Emocional (IE) se superpone con un conjunto de constructos

psicológicas: capacidad, autoeficacia, desempeño autocalificado, conciencia, estabilidad emocional y capacidad mental (R múltiple =0.79), la relación entre la IE y el desempeño laboral, está demostrada, sin embargo esta relación se vuelve nula (β =-0.02), una vez que se controlan el conjunto de covariables señaladas anteriormente. Estos hallazgos respaldan una explicación teórico-intuitiva para la fuerte relación entre la IE y el desempeño laboral, los instrumentos de IE evalúan una combinación de habilidad, **autopercepción (es decir autoeficacia y desempeño laboral autocalificado), personalidad y cognición**, basado en estos hallazgos, el mencionado meta análisis, ofrece la perspectiva única de que el **mérito predictivo de la IE se puede explicar casi por completo, al incluir estas covariables**. Ahora se tiene una explicación teórica de por qué la IE predice el desempeño en el trabajo, y resulta ser en gran parte una explicación psicométrica (p.298).

En el estudio transversal de Boon How Chew, Azhar et al. (2013), mediante el Test de Inteligencia Emocional (MSCEIT) de Mayer-Salovey-Caruso, se evaluó el rendimiento académico de los estudiantes de la escuela de medicina. Los estudiantes respondieron a un cuestionario y completado el MSCEIT en línea. De un total de 163 estudiantes de medicina (84 el primer año y el 79 por quinto año). La puntuación total de la IE fue un predictor de buen rendimiento académico general ($OR = 1,01$), un factor predictivo negativo del mal resultado en rendimiento académico ($OR = 0,97$). Conclusiones, los estudiantes de medicina que eran más inteligentes emocionalmente obtuvieron mejores resultados tanto en las evaluaciones continuas como en el examen final. Por lo tanto, es posible que el desarrollo de habilidades emocionales pueda mejorar el desempeño académico de los estudiantes de medicina.

Stratton and Murphy-Spencer et al. (2005). En su trabajo sobre la Inteligencia emocional y las habilidades clínicas, valoraron si el reconocimiento de los estados

emocionales (IE) puede jugar un papel clave en la atención al paciente, a través de la correlación entre las habilidades clínicas y la IE, utilizando la Escala de “Trait-Meta-Mood” y el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis. Conclusiones, se encontró que la IE se correlacionó positivamente ($p \leq 0.05$) con el desarrollo de habilidades de comunicación, empatía.

1.4.2. Antecedentes nacionales.

Reyes, C. (2013), en su investigación para determinar la IE, realizada a 195 estudiantes de enfermería de la Universidad del Centro del Perú, con edades comprendidas entre los 16 y 30 años y utilizando como instrumento de medición de la IE, el inventario de coeficiente emocional (ECI), encontró en el componente interpersonal, una IE adecuada (55%) , baja (35%), no habiendo casos de IE buena, no existiendo diferencias en cuanto al género.

Según Torres V., Torres L., Solís N., et al. (2016), en su trabajo que incluyó 73 enfermeras y 85 médicos de un hospital nacional de Lima, demostraron correlación significativa y positiva entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente. El análisis de las diferencias entre el personal de salud, respecto del clima organizacional, indica que, en el caso del sentido de pertenencia, la mayor calificación corresponde a las enfermeras y respecto a la cultura de seguridad del paciente, la mayor calificación corresponde a las enfermeras respecto de los médicos (p.135).

La Cultura de Seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta, individuales y grupales, que determinan el compromiso, estilo y capacidad para una gestión segura y saludable de una organización” (Rockville W., Sorra J. et al. 2016).

La versión validada en español de la Encuesta Healthcare Advancement (HAC) 2016, “representa el primer esfuerzo para medir la cultura de seguridad del paciente en hospitales y establecimientos de salud públicos y privados de Lima y Callao, dicho instrumento mide la seguridad del paciente de acuerdo a 12 dimensiones, abarcando aspectos de la atención tanto a nivel individual como institucional.

Entre julio y agosto, más de 1,600 profesionales de salud de Lima y el Callao completaron la encuesta HAC 2016 gracias a los esfuerzos de difusión del Colegio Médico del Perú, la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú, el Colegio de Enfermeros del Perú y la Asociación de Calidad en Salud del Perú. Del total de entrevistados, 69% eran médicos, 17% enfermeros y técnicos de enfermería y 14% eran otros profesionales de salud. Además, según el tipo de institución en la que laboraba el entrevistado, 52% correspondió a un establecimiento del Ministerio de Salud (MINS), 25% a EsSalud, 17% al sector privado, y 6% a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, encontrándose serias deficiencias en términos de seguridad del paciente (Arrieta A., Suárez G. et al. 2016, p.345).

1.5. Justificación de la Investigación.

Primero, tal como lo expresa Hernández-Vargas (citado por Vallés, 2000), la importancia de la inteligencia emocional en Medicina radica en los siguientes aspectos:

- Optimiza la relación médico-paciente,
- Mejora la calidad de atención y satisfacción de los pacientes
- Acrecienta el rendimiento y satisfacción de los médicos
- Incrementa el desarrollo de habilidades de comunicación clínica
- Disminuye el riesgo de demandas legales

Tal como lo expresa Ortiz-Acosta (citado por Fernández-Berrocal,2010), Instituciones reconocidas de acreditación en educación médica, tal como la Accreditation Council for Graduate Medical Education, de los Estado Unidos, han reconocido dentro de las seis competencias esenciales para los médicos, las habilidades emocionales y sociales: destrezas interpersonales y de comunicación, cuidado del paciente, profesionalismos.

De otro lado, la presente investigación resulta novedosa, ya que aporta nuevos conocimientos en relación a un tema gravitante y de mucha difusión, como es la IE, pero poco estudiado en personal médico de emergencia de los hospitales públicos, con evidente impacto social, económico, administrativo, legal y sanitario , existiendo vacío de conocimientos en relación a la pregunta planteada, cuya posterior aplicación podría constituirse en una herramienta clave en la mejora de la práctica asistencial en beneficio de los pacientes, del personal de salud y de la institución.

Finalmente, el otro aporte del estudio, lo constituyen la validación de un instrumento, para medir la inteligencia emocional en médicos de diferentes especialidades que laboran en el servicio de emergencia.

1.6. Limitaciones de la investigación.

A continuación, se señalan las limitaciones de la presente investigación:

En relación con los sujetos de la muestra, una parte del personal médico no participó debido a:

- Razones de tiempo, múltiples ocupaciones.
- Algunos están de vacaciones, otros tienen permiso o descanso médico
- Desconfianza con la finalidad de la información que se obtendrá del estudio.

- Existe información fragmentada del personal profesional que labora en la emergencia, por los diferentes tipos de modalidad de contrato, y por las nuevas contrataciones que se van dando.

En relación con el diseño del estudio.

Al ser un diseño transversal, tiene las limitaciones propias de dicho modelo, los resultados nos indicaran la prevalencia de la variable inteligencia emocional es decir metodológicamente será “la foto del momento” y no un estudio de seguimiento, debido a razones de índole de falta de tiempo y de aporte financiero externo que solventa una investigación que requiera más recursos. Sin embargo, hay que recalcar que “el diseño transversal es el más eficiente en tiempo y recursos, ha demostrado ser suficientemente capaz de sostener el sistema de vigilancia” (Aranaz-Andrés et al., 2011, p. 199).

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

OG: Determinar la distribución de la inteligencia emocional entre los profesionales médicos, según el tópico de emergencia donde laboran.

1.7.2. Objetivos Específicos.

- **OE1:** Determinar la distribución de la dimensión percepción emocional entre los profesionales médicos, según el tópico de emergencia donde laboran.
- **OE2:** Determinar la distribución de la dimensión comprensión emocional entre los profesionales médicos, según el tópico de emergencia donde laboran.
- **OE3:** Determinar la distribución de la dimensión regulación emocional entre los profesionales médicos, según el tópico de emergencia donde laboran.

1.8 Hipótesis.

1.8.1. Hipótesis General.

HG: Existe diferencia en la distribución de la inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.

1.8.2. Hipótesis Específicas.

- **HE 1:** Existe diferencia en la distribución de la dimensión percepción emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.
- **HE 2:** Existe diferencia en la distribución de la dimensión comprensión emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.
- **HE 3:** Existe diferencia en la distribución de la dimensión regulación emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual.

– Concepto Inteligencia Emocional.

La IE se define como la capacidad de percibir emociones, para acceder y generar emociones de manera que se ayude a pensar, de entender y dar significado a las emociones para regular reflexivamente las emociones de manera que se promueva un mejor desarrollo emocional e intelectual (Salovey, P. y Mayer, J. 1990, p.185).

La IE se refiere a la capacidad, competencia y experiencia, los grandes observadores de sí mismos, con capacidad para explorar, examinar, evaluar, organizar y controlar las emociones propias y de las personas que los rodean (Ashraf A., Shaikh O., Bhatti S. 2014, p.206).

En una etapa más madura Mayer y Salovey (1997) definen la inteligencia emocional como “Una característica de la inteligencia social que incluye un conjunto de capacidades que explican las diferencias individuales en el modo de percibir y comprender las emociones. Dichas capacidades son las de supervisar los sentimientos y las emociones propias, así como las de los demás, de discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones”.

– Generalidades

La mayoría hemos escuchado alguna historia de algún directivo con grandes dotes intelectuales pero que fracasan y otro directivo con capacidades intelectuales sólidas, pero no extraordinarias y que sin embargo tienen éxito (Goleman, 2018), la razón de esta aparente paradoja es la inteligencia emocional, concepto popularizado por Goleman, pero investigado académicamente en sus inicios por Peter Salovey y Jack Mayer, los cuales proporcionaron las primeras definiciones de IE (Nafukho, 2010).

Existiendo por lo tanto dos enfoques, **la capacidad de razonamiento** de Mayer y Salovey (1993) que se centra en un conjunto de **habilidades** jerárquicas, y **la adaptación ambiental**, el enfoque de Goleman (1998), centrado en las **competencias**.

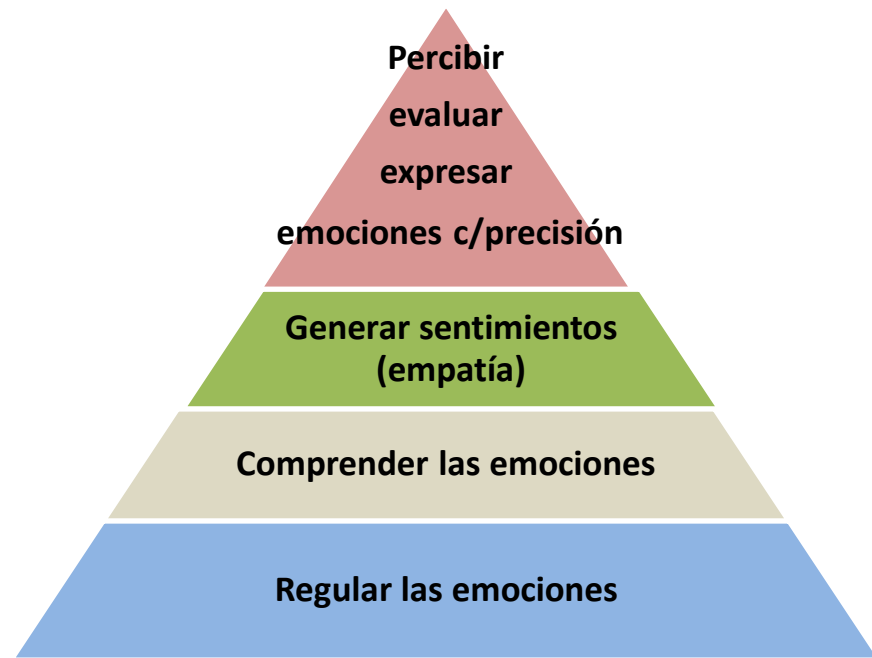


Fig. 1
Habilidades jerárquicas de la Inteligencia Emocional.
Adaptado de Mayer y Salovey (1993)

Instituciones como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) remarcan la necesidad de una formación integral que incluya componentes académicos, habilidades sociales y habilidades afectivas que permitan afrontar con éxito las demandas laborales (Fragoso-Luzuriaga, 2015).

Diversos estudios han concluido que la IE desempeña un papel vital en el entorno laboral actual (Goleman, 2011; y Nordin, 2012).

Además de eso, la IE es ayuda a los empleados a comprender y gestionar sus sentimientos (Salovey y Mayer, 1990, p.190).

La IE tiene sus orígenes en el constructo Inteligencia social, denominado así por primera vez por Thorndike en 1920, el cual la conceptualiza como “la capacidad de

entender, gestionar y actuar con prudencia en las relaciones humanas” (Hernández-Vargas, 2014, p. 156).

La Inteligencia emocional, ha pasado por diferentes momentos evolutivos, desde los primeros enfoques psicométricos de la inteligencia humana como razonamiento abstracto, posteriormente los trabajos de Gardner (teoría de las inteligencias múltiples) y Sternberg (teoría triádica de la inteligencia), fueron la inspiración para que posteriormente Mayer y Salovey(1990), establezcan su primer modelo de IE, compuesto por 3 habilidades: percepción, comprensión y regulación emocional, años siguientes comienza la difusión de la IE, que traspasa los círculos académicos, debido al impacto del libro de Goleman publicado en 1995, debido probablemente a la sobrevaloración del cociente intelectual, al inadecuado uso de las pruebas de inteligencia abstracta, que se correlacionan pobremente con el éxito en la vida laboral y personal. Finalmente, el actual periodo, en el cual evoluciona el concepto de IE, de un modelo de tres habilidades básicas a uno de cuatro (Mayer, Caruso y Salovey, 2000), diseñándose además nuevos instrumentos de medición (Fragozo-Luzuriga, 2015).

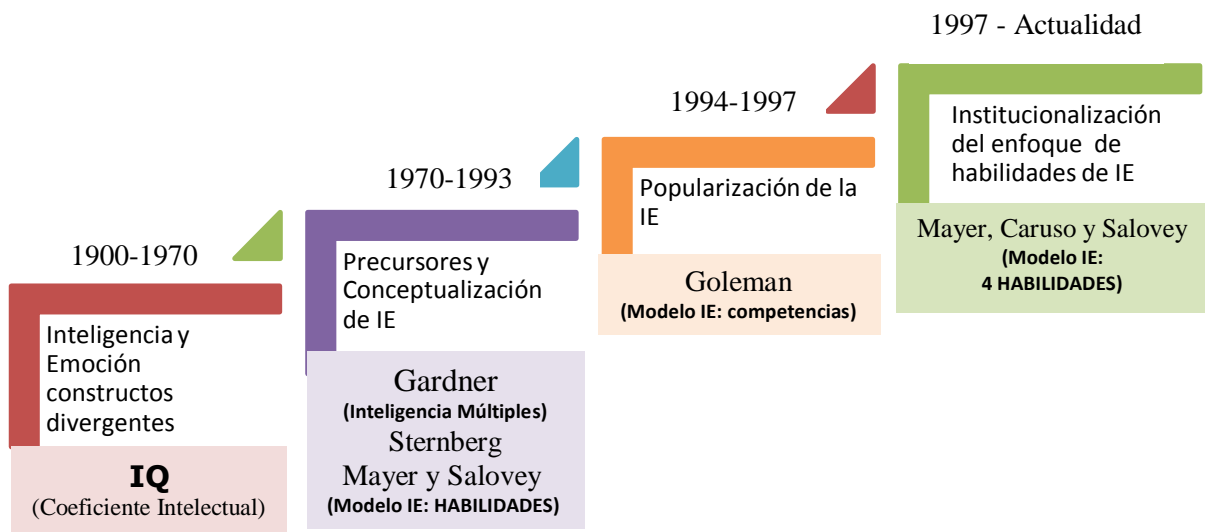


Fig. 2
Origen y Evolución del Inteligencia Emocional
 Adaptado de Fragoso-Luzuriaga (tomado de Mayer, 2001)

2.2. Modelos de Inteligencia Emocional.

Ha habido tres enfoques ampliamente populares para la IE:

1. El modelo de Mayer-Salovey define esta la IE como la capacidad de percibir, comprender, gestionar y usar las emociones para facilitar el pensamiento; en otras palabras A decir de Nafukho (como se citó en Mayer, Caruso y Salovey, 2000), la inteligencia emocional tiene 4 componentes:

- La capacidad de reconocer las emociones en sí mismo y en los demás (identificación de emociones)
- La capacidad de analizar las emociones (usar las emociones)
- La capacidad de comprender los estados emocionales (comprender las emociones)
- La capacidad de controlar las emociones en uno mismo y en los demás (manejar las emociones).

Utiliza como instrumento el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48), autocuestionario, que incluye 48 ítems que valoran las dimensiones de la IE: percepción de sentimientos (24 ítems), claridad de los sentimientos (12 ítems) y reparación emocional (12 ítems), enumerando en forma creciente las diversas habilidades emocionales, desde las más básicas (percepción emocional) hasta las más complejas (reparación emocional). En el 2001, Extremera y Fernández-Berrocal, basándose en el modelo de Salovey y Mayer, adaptaron al español, una versión más simplificada del Meta-Trait-Meta-Mood-Scale (TMMS - 24), valorando 3 dimensiones: percepción, comprensión y regulación, con ocho ítems cada una de ellas. En la siguiente tabla se muestran sus componentes (Extremera y Fernández-Berrocal, 2001).

Tabla 1.
Componentes de la IE en el Test TMMS-24 Fernández-Berrocal

Dimensiones	Definiciones
Percepción	Capacidad de sentir y expresar sentimientos adecuadamente
Comprensión	Comprensión de los estados emocionales
Regulación	Capacidad de regular estados emocionales correctamente

Fuente: Fernández-Berrocal y Ramos Díaz (2002, p. 35-38).

2. El modelo de Goleman considera la IE como una variedad de competencias emocionales y sociales que contribuyen al desempeño gerencial y al liderazgo; este modelo incluye cinco componentes básicos de la IE.

Según Goleman, las aptitudes de la inteligencia emocional son:

- **Conciencia de uno mismo:** en relación con conocer nuestras fortalezas, debilidades, valores, impulsos y nuestra influencia en los demás.

- **Autogestión:** modular o re-direccionar nuestro impulsos y estados de ánimo que nos afectan.
- **Motivación:** contentarse con las metas alcanzadas per se.
- **Empatía:** entender la morfología emocional de los demás
- **Habilidad social:** provocar comprensión en los demás para orientarlos en la dirección deseada. (Goleman, 2018, p.146)

Tabla 2.
Aptitudes emocionales según Goleman

Aptitudes	Competencias
Conciencia de uno mismo	Conciencia Emocional Autoevaluación Precisa Confianza en uno mismo
Autogestión	Autocontrol. Fiabilidad. Meticulosidad. Adaptabilidad. Orientación a los logros Iniciativa.
Conciencia social	Empatía. Conciencia organizativa. Orientación al servicio.
Habilidad social	Liderazgo visionario Influencia Desarrollar a los demás Comunicación Catalizador del cambio Gestión de conflictos Crear lazos Trabajo en equipo

Fuente: Goleman (2018, p.74-77).

2. **El modelo Bar-On** describe la IE como un conjunto de competencias y habilidades interrelacionados que determinan comportamientos sociales y emocionales inteligentes. Llamado también ESI (Emotional Social Intelligence), modela la denominada inteligencia socio-emocional, en cinco dimensiones (Fragozo-Luzuriaga citado por Bar-On, 2010)

Tabla 3.
Factores generales - inventario EQ-i de Bar-On

APTITUD PERSONAL	APTITUD MEDIDA
Inteligencia Intrapersonal	Autoconciencia emocional, Asertividad, Autoestima, Autoactualización e Independencia.
Inteligencia interpersonal	Empatía, Relaciones interpersonales, Responsabilidades sociales
Adaptación	Solución de problemas, Comprobación de la realidad y flexibilidad social.
Gestión del estrés	Tolerancia al estrés, control de impulsos sociales.
Humor	Felicidad, optimismo.
Motivación	Afán de triunfo. Compromiso. Iniciativa. Optimismo.

Fuente: Bar-On (2006).

Como se puede apreciar dentro del modelo de Bar-On (2010), las competencias integran la inteligencia emocional, no obstante, a diferencia de Goleman (2000), Bar-On también integra “habilidades” para configurar su propuesta. Si bien los modelos mixtos han ayudado a la difusión y popularización de la inteligencia emocional, han encontrado un crítico en la figura de Sternberg, quien considera estas propuestas como difíciles de operar (Hedlund y Sternberg, 2000) al contrario del modelo de habilidad propuesto por Mayer y Salovey (1990).

Los diferentes modelos de IE han condicionado la aparición de una serie de instrumentos para medir la inteligencia emocional, así tenemos el test MSCEIT de Mayer y Salovey, el inventario de competencia emocional (ECI) de Goleman, el Schutte self reporting inventory (ISRS) de Schutte,

Así pues, se han desarrollado dos tipos de auto-cuestionarios para medir la inteligencia emocional.

- Basados en la conceptualización de Salovey y Mayer (1990) y
- Basados en la evaluación de los componentes básicos para el funcionamiento emocional, social, laboral y organizacional (Petrides y Furnham, 2003), dentro de los cuales estaría el modelo de Goleman y Bar-On.

Lo anteriormente expresado, explicaría la aparente paradoja, de no encontrar correlaciones o tener correlaciones poco significativas, cuando se evalúa el mismo concepto, con diferentes instrumentos, según lo expresado por Durán (como se citó en Extremera et al., 2004)

2.3 Aspectos de responsabilidad social y medio ambiente.

El presente trabajo se enmarca en la actual coyuntura de la realidad universitaria peruana, en la cual, la investigación científica universitaria debe ser socialmente responsable, ya que esta (la investigación) tiene un gran impacto en el desarrollo del país y la sociedad.

Es evidente el impacto positivo que tendría en nuestra sociedad y en nuestras instituciones, el recuperar la confianza de la gente con el médico (en particular) y con el sistema de salud (en general), al saber que, a pesar de la falibilidad del ser humano, los sistemas sanitarios seguros disminuirán los riesgos y eventos adversos, maximizando la seguridad de nuestros pacientes. En relación con el aspecto medioambiental, se utilizarán materiales biodegradables, evitando impresiones innecesarias, favoreciendo el reciclaje procurando manejar la información digitalmente. De esta manera se cumple con la dimensión educativa de la responsabilidad social, bajo el amparo de la Ley Universitaria Peruana (2014), incentivando un sistema de pensamiento orientado a promover actitudes y conductas que beneficien a otras personas.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación.

El presente trabajo de investigación tiene las siguientes características

(Argimon,2013, p. 29):

- **Enfoque:** Cuantitativo
- **Control de la asignación:** Observacional
- **Secuencia Temporal:** Transversal
- **Inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos:** Prospectivo

3.2. Población y Muestra.

Población.

La población está constituida por todos los médicos de las diferentes especialidades que laboraron en los diversos tópicos del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, durante el año 2018.

- **Criterios Inclusión:** Médicos que laboran en el servicio de emergencia y que aceptan voluntariamente participar en el estudio.
- **Criterios Exclusión:** Médicos que laboran en el servicio de emergencia y que no aceptan participar en el estudio.

Muestra.

La muestra está constituida 50 médicos, que cumplen con los criterios de inclusión del presente estudio, es decir, por el total de la población (**muestra censal o poblacional**) por lo tanto, no será necesario calcular el tamaño de muestra.

Unidad de Análisis: los médicos del servicio de emergencia a los cuales se les aplica el instrumento.

3.3. Operacionalización de Variables

Tabla 4

Operacionalización de la Variable *Inteligencia Emocional (IE)*

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

INTELIGENCIA EMOCIONAL	DIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS	INDICADORES	PARÁMETRO DE REFERENCIA	FUENTE INFORMACIÓN
<p>Definición Operacional. - Habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997)</p> <p>(*Fernández-Berrocal, P., Extremera y Ramos,2004).</p> <p>*Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-mood Scale. Psychological Reports, 94, 751-755.</p>	<p>1. Percepción.- Poder sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción emocional personal • Percepción emocional interpersonal 	<ol style="list-style-type: none"> Atención a los sentimientos Preocupación por lo que siente Dedica a pensar en las emociones Merece la pena pensar en mis emociones y ánimo (valoración e la importancia e reflexionar sobre sus emociones) Dejo que mis sentimientos afecten mis pensamientos Pienso en mi estado de ánimo constantemente A menudo pienso en mis sentimientos Presto mucha atención a como me siento 	<p>% professional médico por sexo según puntuación global de IE</p> <p>% professional médico por sexo según puntuación por dimension percepción emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presta poca atención < 21 (Varones) < 24 (Mujeres) • Adecuada atención 22-32 (Varones) 25-35 (Mujeres) • Excelente atención >33 (Varones) >36 (Mujeres) 	<p>Encuesta a población de profesionales médicos</p>
	<p>2. Comprensión.- Entender los estados emocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de la emoción y la razón • Empatía 	<ol style="list-style-type: none"> Tengo claro mis sentimientos Frecuentemente puedo definir mis sentimientos Casi siempre sé cómo me siento Conozco mis sentimientos sobre las personas Me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones Siempre puedo decir cómo me siento A veces puedo decir cuáles son mis emociones Puedo llegar a comprender mis sentimientos 	<p>% professional médico por sexo según puntuación por dimension comprensión emocional..</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mejorar su comprensión < 25 (Varones) < 23 (Mujeres) • Adecuada comprensión 26-35 (Varones) 24-34 (Mujeres) • Excelente comprensión >36 (Varones) >35 (Mujeres) 	
	<p>3. Regulación.- Capacidad de regular estados emocionales. apropiadamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación emocional personal • Regulación emocional interpersonal 	<ol style="list-style-type: none"> Aunque me sienta triste tengo visión optimista Aunque me sienta mal procuro pensar en cosas agradables 19. Cuando estoy muy triste pienso en los placeres de la vida 20. Intento pensar positivamente, aunque me sienta mal 21. Si le doy muchas vueltas a las cosas trato de calmarme 22. Me preocupo por tener buen estado de ánimo 23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz 24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi ánimo 	<p>% professional médico por sexo según puntuación por dimension Regulación emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mejorar su regulación < 23 (Varones) < 23 (Mujeres) • Adecuada regulación 24-35 (Varones) 24-34 (Mujeres) • Excelente regulación >36 (Varones) >35 (Mujeres) 	

3.4. Instrumento.

En la Tabla 4, se puede apreciar la operacionalización de la variable Inteligencia Emocional, para lo cual se utiliza como instrumento un cuestionario basado en la escala original de características que evalúa el meta-conocimiento de lo emocional, a través de 48 ítems llamados Trait Meta-Mood scale (TMMS-48) elaborado específicamente por el grupo de investigación de Salovey y Mayer, las habilidades con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como nuestra capacidad para regularlos. La versión reducida seleccionada para esta investigación está hecha por el Grupo de investigación de Málaga (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). TMMS-24, esta escala está constituida por 3 Dimensiones de la IE con 8 elementos cada una, estas dimensiones son:

- **Dimensión Percepción emocional.**

Se refiere, según Mayer y Salovey (1997) a “la habilidad para percibir las propias emociones y la de los demás, así como percibir emociones en objetos, arte, historias, música y otros estímulos”

- **Dimensión Comprensión emocional.**

“La habilidad para comprender la información emocional, cómo las emociones se combinan y progresan a través del tiempo y saber apreciar los significados emocionales”.

- **Dimensión Regulación emocional.**

“La habilidad para estar abierto a los sentimientos, modular los propios y los de los demás, así como promover la comprensión y el crecimiento personal La habilidad para comprender la información”

Este cuestionario se puede consultar y obtener directamente en La página web:

<http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/TMMS24%20con%20referencias.pdf>

Cada uno de estos factores se evalúa con 8 ítems, los sujetos responden de acuerdo con una escala de Likert, estableciendo un grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los elementos.

3.5. Procedimientos.

Los datos que se utilizarán en la investigación del presente estudio se obtendrán de la siguiente manera:

Con respecto a la variable independiente: **Inteligencia Emocional**, los datos se obtendrán a través de una entrevista a personal médico, utilizando el instrumento el Trait Meta-Mood scale (TMMS-24), encuesta que su versión en español ha sido validada en estudiantes de medicina y que en el presente trabajo se validará a través de una prueba piloto en médicos especialistas.

Los datos se ingresarán en una base de datos de Excel, posteriormente se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 24, se buscará explorar las diferencias entre las variables Inteligencia Emocional y Tópicos de Emergencia, a través de la siguiente metodología:

- Validación de las fichas de acopio de la información
- Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos
- Uso de tablas cruzadas
- Representación Gráfica
- Análisis e interpretación descriptiva - comparativa de los resultados.
- Síntesis y estimación de los resultados

3.6. Análisis de Datos.

Prueba Estadística.

El método estadístico para comprobar las hipótesis, es la prueba de Kruskal-Wallis, prueba no paramétrica, que se utiliza para comparar más de 2 grupos independientes, con el objetivo de determinar si existen diferencias entre ellos, cuando las variables son cualitativas y los datos son ordinales, como en este caso (Martínez Gonzales, p. 224).

El estadístico H de Kruskal Wallis, tiene una distribución χ^2 (chi cuadrado), con $k-1$ grados de libertad, se calcula a través de la formula siguiente:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k R_j^2 / n_j - 3(n+1)$$

Dónde:

k = Número de grupos (4 en nuestro caso)

n_j = Número de datos de uno de los grupos (j ésimo grupo)

R_j = La suma de rangos de uno de los grupos (j ésimo grupo)

n = El total de la muestra (en este caso 50)

Estadística de contraste de las hipótesis.

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico H de Kruskal-Wallis, que nos permite determinar si existe diferencia entre la mediana de la Inteligencia Emocional de los médicos en los diferentes tópicos (grupos) de emergencia (Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Emergencia).

- Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula
- Si $p > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula

3.7. Consideraciones Éticas.

Los médicos del servicio de emergencia autorizaron a través de su consentimiento informado el participar del presente estudio, se anexa formato de consentimiento informado, así mismo el autor declara no tener ningún conflicto de interés.

IV. RESULTADOS.

4.1. Resultados estadísticos.

Los participantes del estudio estuvieron conformados por un total de 50 médicos (35 varones y 15 mujeres), en este grupo el 70% son varones y 30% son mujeres. Tal como se puede apreciar en la figura 3.

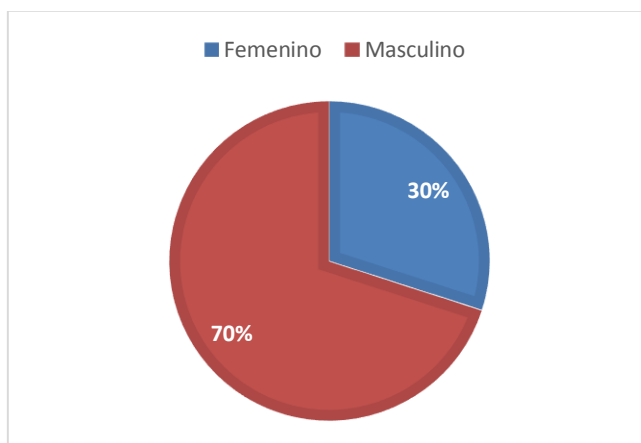


Figura 3: Personal Médico del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Género
Fuente: Elaboración propia

En relación con la edad de los participantes se tiene que el promedio de edad fue de 39,6 años. Siendo 27 años, la edad mínima y 64 años la edad máxima para los médicos. Encontrándose una población predominantemente adulta, el 64% de los sujetos de investigación tienen 44 años o menos. El 88% de los médicos del servicio de emergencia tienen una edad laboral máxima (25-54 años), como se aprecia en la figura 4.

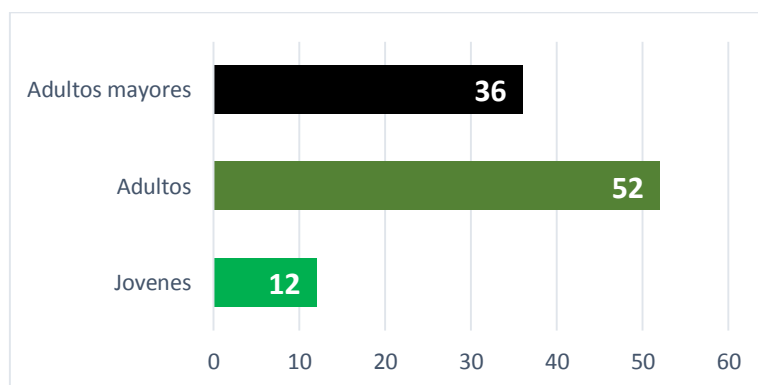


Figura 4: Personal Médico del Servicio de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según grupos de edad.
Fuente: Elaboración propia

El tiempo de servicio laborando en la institución fue de aproximadamente 9 años para los médicos, con un tiempo mínimo de 1 año y un máximo de 31 años, el 48% de los médicos incluidos en el estudio tienen la condición laboral de nombrados, el resto (52%) son contratados.

Con relación a la Variable Inteligencia Emocional, se tiene un que aproximadamente el 70% del personal de salud tiene una Inteligencia Emocional entre adecuada y excelente y solamente un 4% debe mejorar su Inteligencia Emocional. Ver figura 5

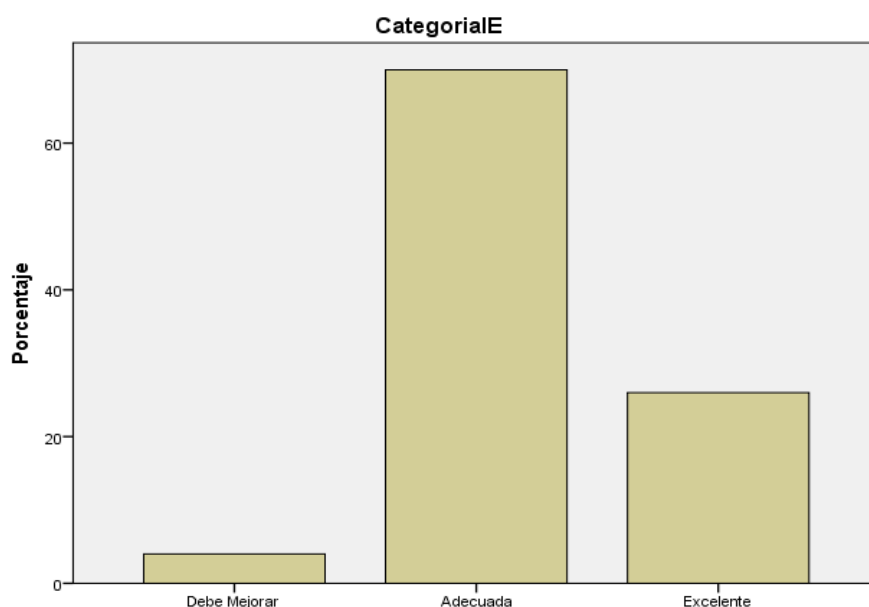


Figura 5: Categorías de Inteligencia Emocional del Personal Médico
Fuente: Elaboración propia

Con relación a las dimensiones de la Inteligencia Emocional, en la percepción emocional, el 52% de los médicos están **bajos**, debe mejorar en dicho componente emocional, predominando la categoría adecuada y excelente en las dimensiones comprensión y regulación emocional., ver Figura 6 (expresado en porcentajes).

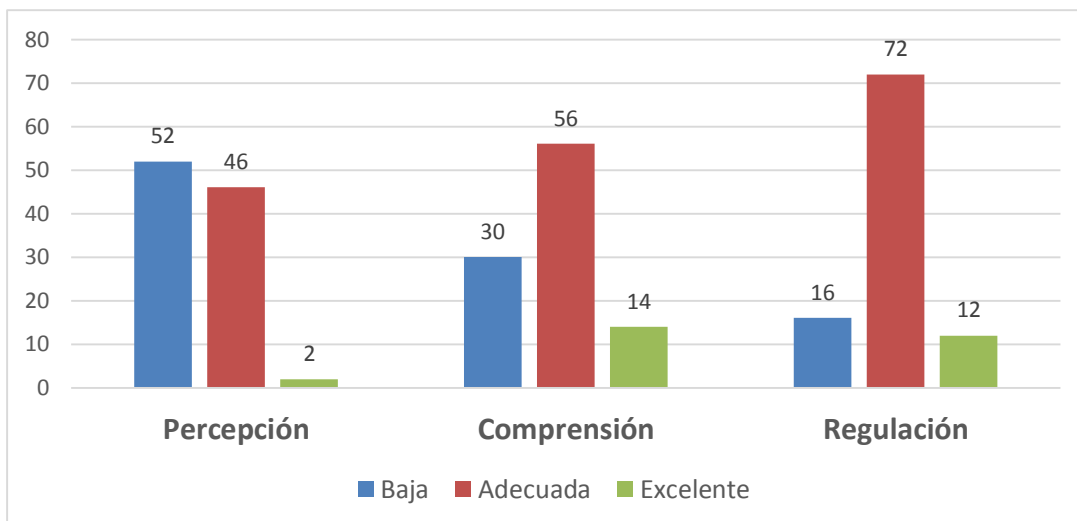


Figura 6: Categorización de las 3 dimensiones de la Inteligencia Emocional entre los médicos de emergencia.

Fuente: Elaboración propia

A diferencia de la gráfica de la Inteligencia Emocional (IE), vista globalmente (figura 5), donde las puntuaciones predominantes están entre adecuadas y excelentes, cuando se descompone la información por dimensiones, se observa que, la percepción emocional no está bien desarrollada en más de la mitad de los médicos a los cuales se les aplicó el instrumento (ver figura 7).

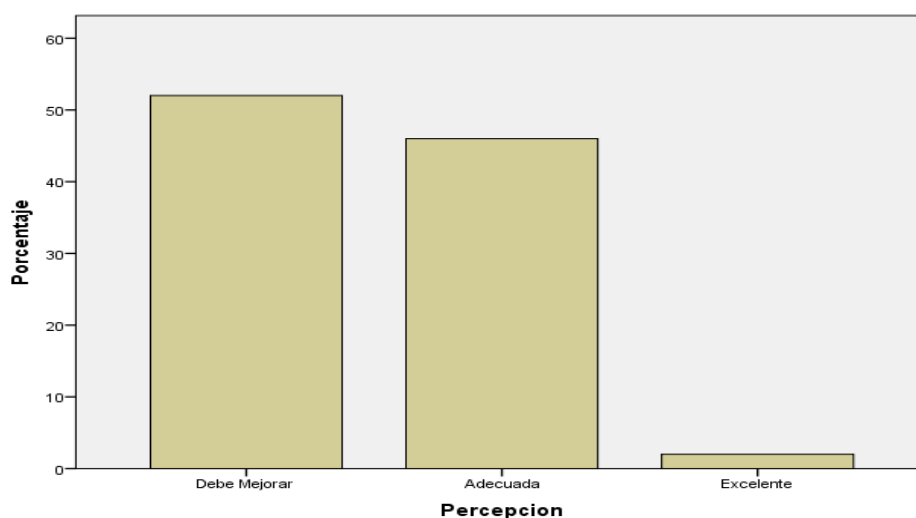


Figura 7: Dimensión Percepción de la Inteligencia Emocional del Personal Médico del Servicio de Emergencia.

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a la dimensión comprensión emocional, se observa que 3 de cada 10 médicos deben mejorar dicho componente de la IE, siendo excelente en aproximadamente el 15% de los casos (ver figura 8)

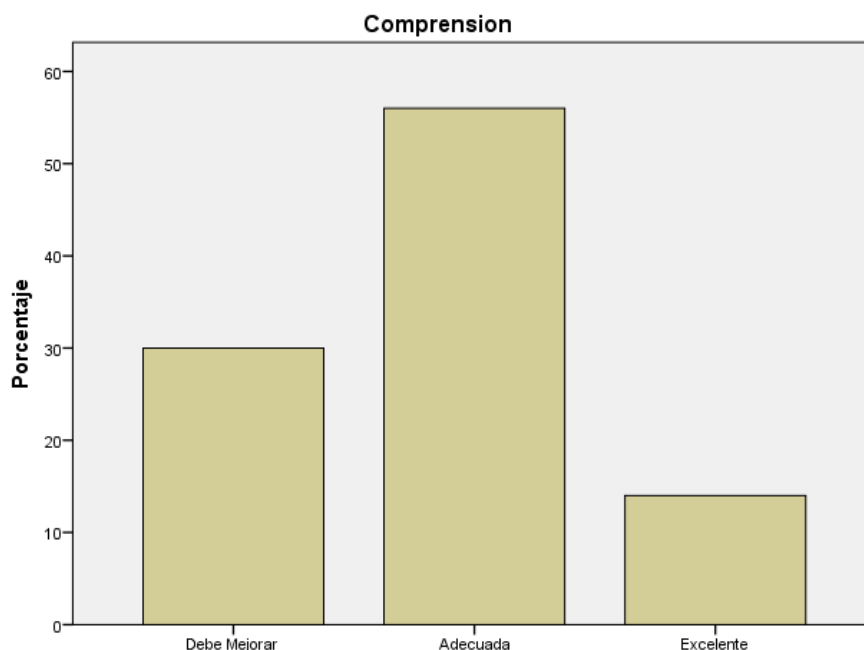


Figura 8: Dimensión Comprensión de la Inteligencia Emocional de Médicos de Emergencia.

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a la dimensión regulación emocional, se observa que 8 de cada 50 médicos (16%) deben mejorar dicho componente de la IE, siendo excelente en aproximadamente en el 6% de los casos (ver tabla 5)

Tabla 5

Dimensión Regulación de la Inteligencia Emocional en Médicos de Emergencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Debe Mejorar	8	16,0	16,0	16,0
Adecuada	36	72,0	72,0	88,0
Excelente	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

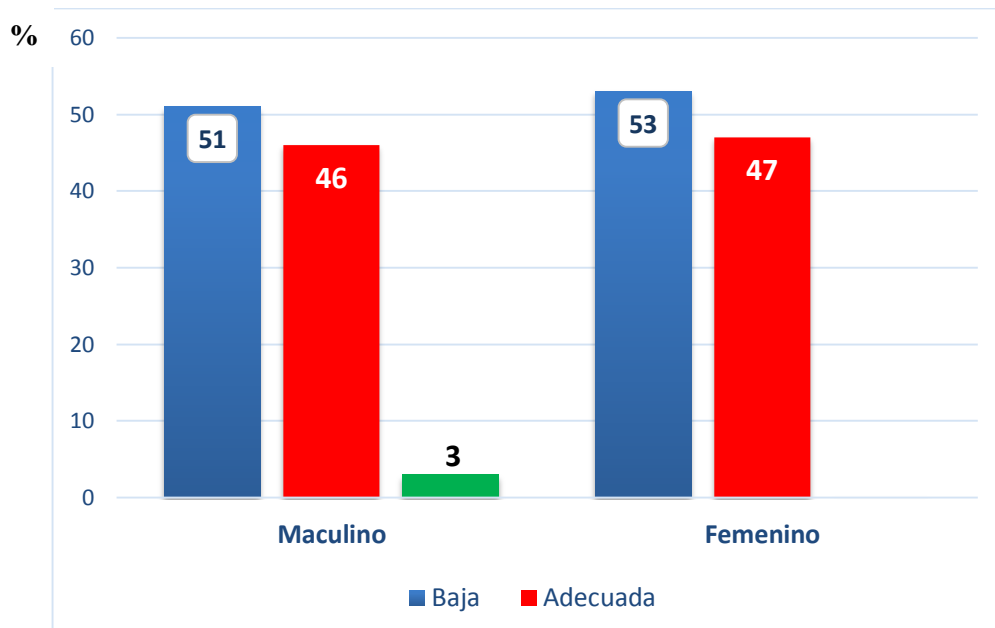


Figura 9: Percepción emocional por género en médicos de la Emergencia.
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la dimensión comprensión emocional por género se tiene que muestran un porcentaje similar tanto en hombre como en mujeres, siendo ligeramente mayor el porcentaje de mujeres que “debe mejorar” su IE (40%) versus los varones que “debe mejorar” su IE (26%), sin embargo, estas cifras no llegan a ser significativamente estadísticas (ver figura 10)

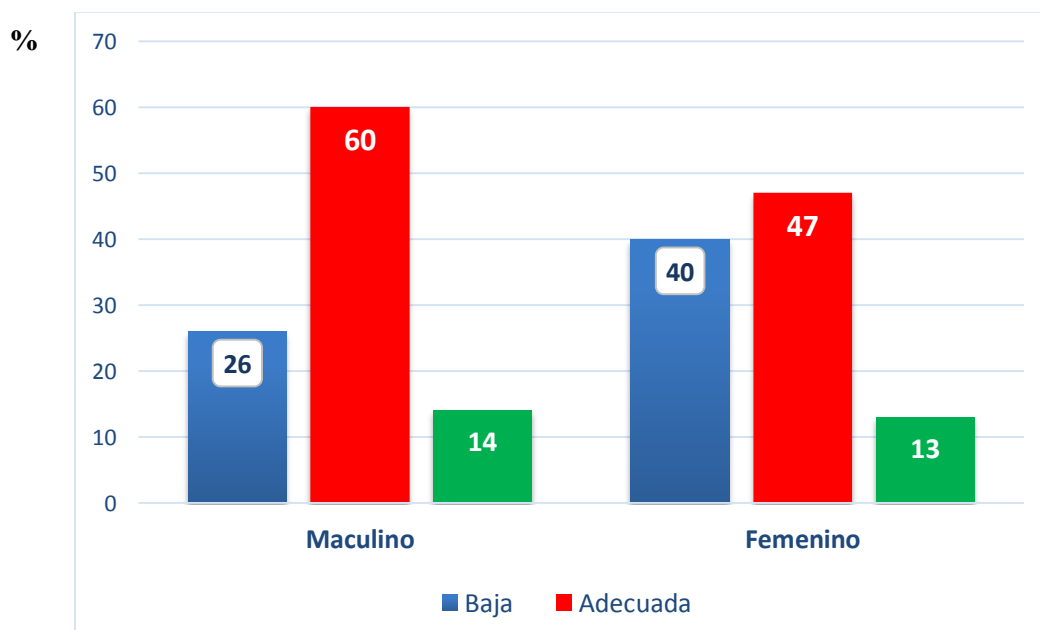


Figura 10: Comprensión Emocional por género en médicos de la Emergencia
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la dimensión regulación emocional por género se tiene que la distribución de las categorizaciones es prácticamente igual en varones que en mujeres, ya que muestran un porcentaje similar tanto en hombre como en mujeres, así pues “adecuada” IE hombres (72%) y “adecuada” IE en mujeres (73%), ver figura 11.

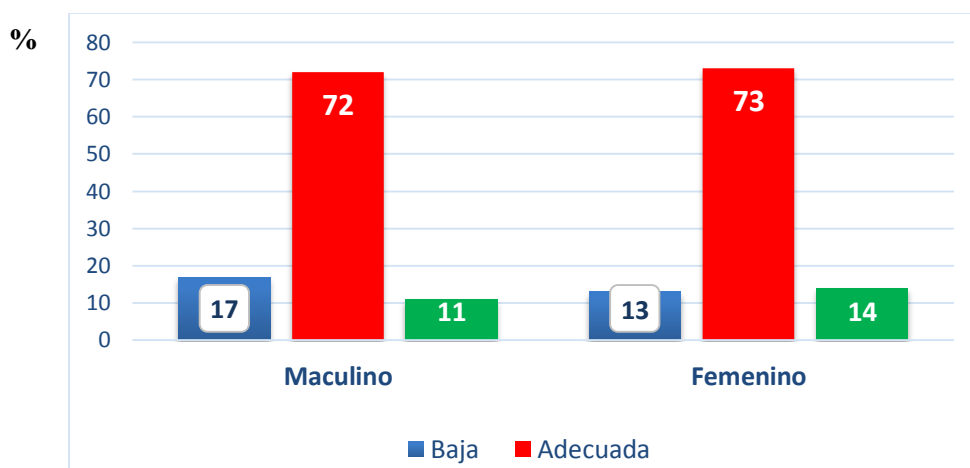


Figura 11: Regulación Emocional por género en médicos de la Emergencia.
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la inteligencia emocional por edad, se tiene que la IE en su dimensión percepción, muestra que son los jóvenes los que tienen únicamente entre “adecuada” y “excelente” IE, no teniendo la categoría “debe mejorar” IE a diferencia de los adultos y adultos mayores (figura 12)

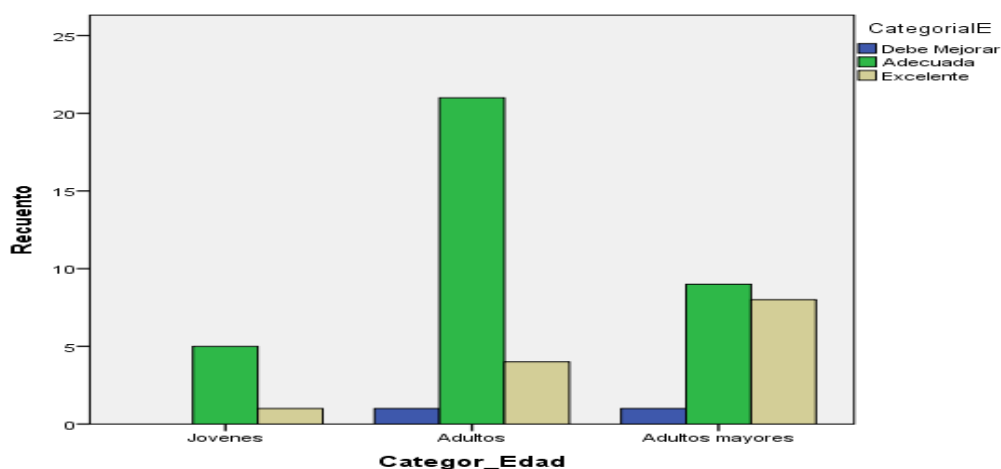


Figura 12: Inteligencia emocional por grupos de edad en médicos de la emergencia
Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en cuanto a la inteligencia emocional (en su dimensión percepción), en relación con la especialidad, se tiene que en medicina interna debería mejorar IE en el 60% de los casos, mientras que en el grupo de los cirujanos, el 25% de los mismos tiene una categorización de “excelente” IE, a diferencia de las otras especialidades (ver figura 13)

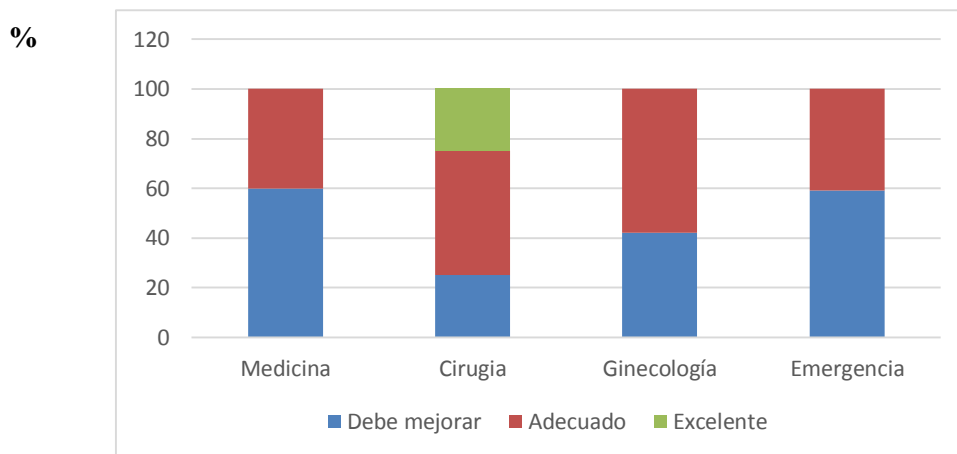


Figura 13: Percepción Emocional en Médicos según Especialidad
Fuente: Elaboración propia

4.3 PRUEBAS DE HIPOTESIS Y CONTRASTACION

4.3.1. Hipótesis General

- Planteamiento de la Hipótesis General

Ha: Existe diferencia significativa de la inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.

Ho: No existe diferencia significativa de la inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.

Donde: $H_a =$ Hipótesis Alternativa: $Mediana_i \neq Mediana_j$ al menos para un par

$H_0 =$ Hipótesis Nula: $Mediana_i = Mediana_j = \dots\dots\dots$

- Regla teórica y Estadístico para la toma de decisión

El estadístico utilizado, es la prueba de Kruskal-Wallis, prueba no paramétrica, que se utiliza para comparar más de 2 grupos independientes, con el objetivo de determinar si existen diferencias entre ellos, cuando las variables son cualitativas y los datos son ordinales, como en este caso (Martínez Gonzales, p. 224).

El estadístico H de Kruskal Wallis, tiene una distribución χ^2 (chi cuadrado), con $k-1$ grados de libertad, se calcula a través de la formula siguiente:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k R_j^2 / n_j - 3(n+1)$$

Dónde:

k = Número de grupos (4 en nuestro caso)

n_j = Número de datos de uno de los grupos (j ésimo grupo)

R_j = La suma de rangos de uno de los grupos (j ésimo grupo)

n = El total de la muestra (en este caso 50)

- Estadística de contraste de hipótesis general

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico H de Kruskal-Wallis, que nos permite determinar si existe diferencia entre la mediana de la Inteligencia Emocional de los médicos en los diferentes tópicos (grupos) de emergencia (Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Emergencia).

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Si $p > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula

- Contrastación de la hipótesis general

Para la contrastación de la hipótesis general, tomamos en cuenta el valor del estadígrafo H , con un nivel de confianza del 95% y una significancia (error) del 5%, el valor obtenido de H fue de 0,108 con una $p = 0,991$.

Como el valor $p > 0,05$, entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna. Ver tabla 1.

Tabla 6.
*Prueba de Kruskal-Wallis Inteligencia Emocional (IE)
por Tópicos de Emergencia*

	Tópico	N	Rango promedio
I	Medicina	5	26,80
E	Cirugía	4	25,38
	Ginecobstetricia	12	26,25
	Emergencia	29	24,98
	Total	50	

$\chi^2 = 0.108; gl = 3; p = 0.991$

Fuente: Elaboración propia

- Interpretación:

Con relación a la tabla 6, se puede apreciar que la distribución de la Inteligencia Emocional de los médicos es homogénea en los diferentes tópicos de las especialidades del servicio de emergencia, por lo tanto, no existe diferencia significativa en la mediana de la Inteligencia Emocional de los médicos de las diferentes especialidades que trabajan en el servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.

4.3.2. Hipótesis Específicas:

- **Planteamiento de la Hipótesis Específica 1 (HE1)**

HE1: Existe diferencia significativa en la dimensión percepción de la variable inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.

Hipótesis Nula 1: No Existe diferencia significativa en la dimensión percepción de la variable inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.

- **Regla teórica y Estadístico para la toma de decisión**

El estadístico utilizado, es la prueba de Kruskal-Wallis, prueba no paramétrica, que se utiliza para comparar más de 2 grupos independientes, con el objetivo de determinar si existen diferencias entre ellos, cuando las variables son cualitativas y los datos son ordinales, como en este caso (Martínez Gonzales, p. 224).

- **Estadística de contraste de hipótesis Específica 1**

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico H de Kruskal-Wallis, que nos permite determinar si existe diferencia entre la mediana de la Dimensión Percepción de la Inteligencia Emocional de los médicos en los diferentes tópicos (grupos) de emergencia (Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Emergencia).

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Si $p > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula

- **Contrastación de la hipótesis específica 1**

Para la contrastación de la hipótesis general, tomamos en cuenta el valor del estadígrafo H, con un nivel de confianza del 95% y una significancia (error) del 5%, el valor obtenido de H fue de 0,102 con una $p = 0,776$.

Como el valor $p > 0,05$, entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna. Ver tablas y figura adjunta.

Tabla 7
Prueba de Kruskal-Wallis para la dimensión percepción emocional por Tópicos de emergencia

			Rango
	Tópico	N	promedio
IE	Medicina	5	26,80
	Cirugía	4	25,38
	Ginecobstetricia	12	26,25
	Emergencia	29	24,98
	Total	50	

$\chi^2 = 1.102; gl = 3; p = 0.776$

- **Interpretación:**

Como se puede apreciarse de la tabla 7, la distribución de la dimensión percepción de la Inteligencia Emocional entre los médicos es homogénea en los diferentes tópicos de las especialidades del servicio de emergencia, por lo tanto, no existe diferencia significativa en la mediana de la dimensión percepción de la Inteligencia Emocional entre los médicos que trabajan en los distintos tópicos del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.

- **Planteamiento de la Hipótesis Específica 2 (HE2)**

HE2: Existe diferencia significativa en la dimensión comprensión de la variable inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.

Hipótesis Nula 2: No Existe diferencia significativa en la dimensión comprensión de la variable inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.

- **Regla teórica y Estadístico para la toma de decisión**

El estadístico utilizado, es la prueba de Kruskal-Wallis, prueba no paramétrica, que se utiliza para comparar más de 2 grupos independientes, con el objetivo de determinar si existen diferencias entre ellos, cuando las variables son cualitativas y los datos son ordinales, como en la presente investigación (Martínez Gonzales, p. 224).

- **Estadística de contraste de hipótesis general**

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico H de Kruskal-Wallis, que nos permite determinar si existe diferencia entre las medianas de la dimensión comprensión emocional de los médicos en los diferentes tópicos (grupos de especialistas) de emergencia (Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Emergencia).

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Si $p > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula

- **Contrastación de la hipótesis específica 2**

Para la contrastación de la hipótesis general, tomamos en cuenta el valor del estadígrafo H, con un nivel de confianza del 95% y una significancia (error) del 5%, el valor obtenido de H fue de 0,056 con una $p = 0,997$.

Como el valor $p > 0,05$, entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna. Ver figura 13.

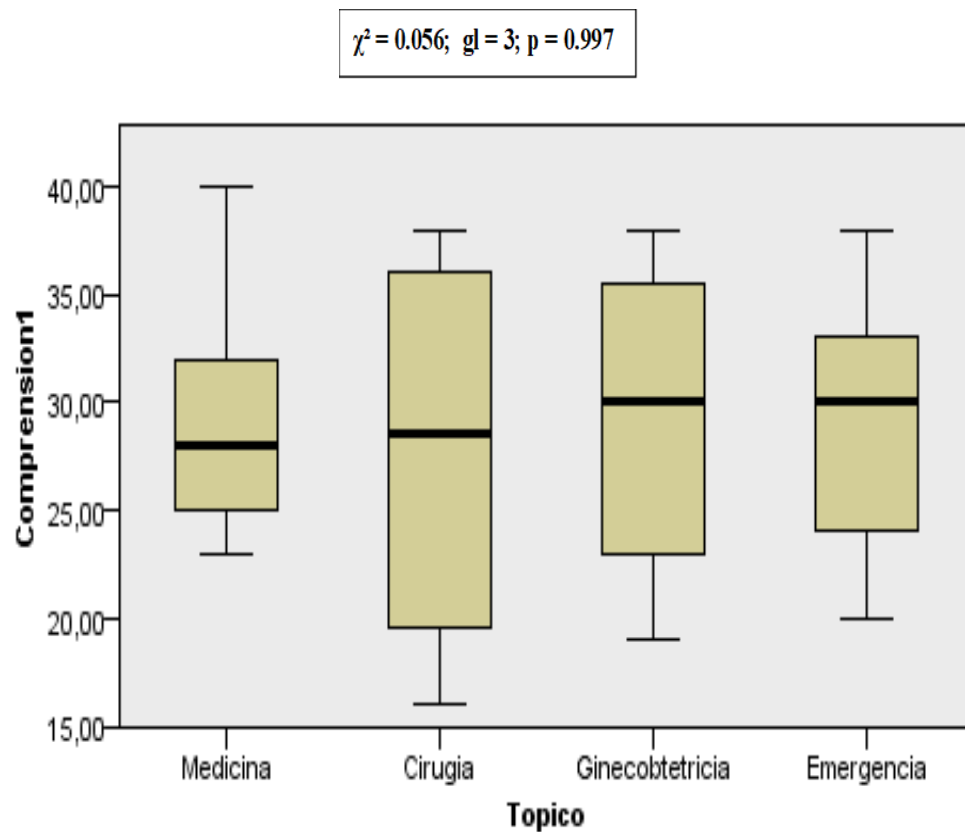


Figura 13: Prueba de Kruskal-Wallis para la dimensión comprensión emocional por tópico.

Fuente: *Elaboración propia*

- **Planteamiento de la Hipótesis Específica 3 (HE3)**

HE3: Existe diferencia significativa en la dimensión regulación de la variable inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.

Hipótesis Nula 3: No Existe diferencia significativa en la dimensión regulación de la variable inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.

- **Regla teórica y Estadístico para la toma de decisión**

El estadístico utilizado, es la prueba de Kruskal-Wallis, prueba no paramétrica, que se utiliza para comparar más de 2 grupos independientes, con el objetivo de determinar

si existen diferencias entre ellos, cuando las variables son cualitativas y los datos son ordinales, como en este caso (Martínez Gonzales, p. 224).

- **Estadística de contraste de hipótesis general**

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico H de Kruskal-Wallis, que nos permite determinar si existe diferencia entre la mediana de la dimensión regulación de la Inteligencia Emocional de los médicos en los diferentes tópicos (grupos) de emergencia (Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Emergencia).

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Si $p > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula

- **Contrastación de la hipótesis específica 3**

Para la contrastación de la hipótesis general, tomamos en cuenta el valor del estadígrafo H, con un nivel de confianza del 95% y una significancia (error) del 5%, el valor obtenido de H fue de 1,783 con una $p = 0,619$.

Como el valor $p > 0,05$, entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna. Ver tablas y figura adjunta.

- **Interpretación**

Como se puede apreciarse en la figura 14, la distribución de la dimensión regulación de la Inteligencia Emocional entre los médicos es homogénea en los diferentes tópicos de las especialidades del servicio de emergencia, por lo tanto, no existe diferencia significativa en la mediana de la dimensión regulación de la Inteligencia Emocional entre los médicos de las que trabajan en los tópicos del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

$\chi^2 = 1.783; gl = 3; p = 0.619$

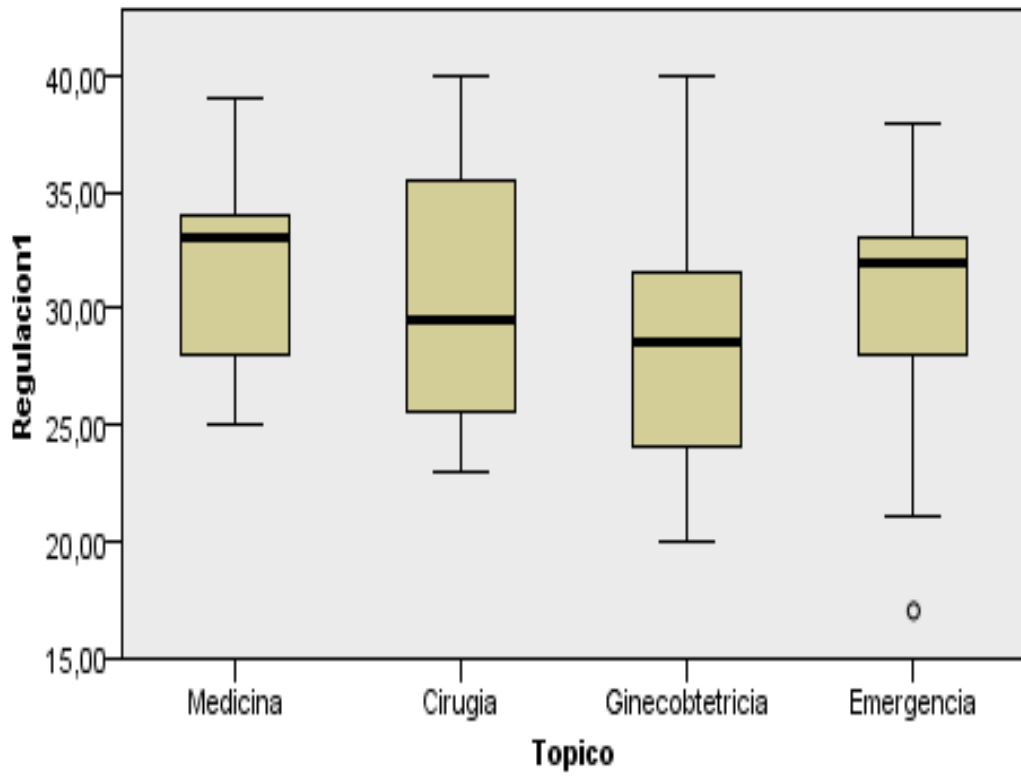


Figura 14: Prueba de Kruskal-Wallis para la dimensión regulación emocional por tópico.

Fuente: Elaboración propia

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Antes de analizar los resultados de la presente investigación, hay que tener en cuenta el tipo de población que estamos analizando (médicos participantes del estudio), de los resultados mostrados se evidencia que son principalmente jóvenes y adultos (64%), predominando el género masculino (70%), con experiencia en las labores de emergencia (tiempo de servicio promedio de 9 años), es decir acostumbrados a una carga laboral intensa, stress permanente, a estar en situaciones de conflicto y tomar decisiones con información incompleta, bajo incertidumbre y con escaso tiempo. Así pues, no tendría que extrañarnos, que el 86% de ellos posean Adecuada y Excelente Inteligencia Emocional (IE). Lo cual va muy por encima del promedio de la población general, y si estaría en concordancia con ocupaciones que manejan un perfil laboral similar (tales como militares, policías, bomberos), otra posibilidad menos auspiciosa es la que por ser un test de autoevaluación siempre conlleve un sesgo implícito, pues diversos estudios han demostrado, incluso en personal de salud (médicos, enfermeras, químico-farmacéuticos...), que tendemos a sobrevalorarnos.

Una tercera opción y tal vez, más probable es que el puntaje global de IE tiende a sobreestimar la IE, ya que si lo comparamos con los puntajes de cada dimensión (percepción, comprensión y regulación) en forma individual observaremos que por ejemplo si consideramos el puntaje global de IE el 96% está en una categoría de adecuada y excelente, mientras que en la dimensión percepción más de la mitad (52%) debería mejorar su inteligencia emocional, esto sería pues incongruente, así que la valoración del test sería individualmente para cada dimensión.

En relación con los resultados de la Inteligencia emocional entre los médicos de las diferentes especialidades que laboran en los distintos tópicos de emergencia, no existe diferencia entre ellos, como lo demostró el estadístico (H de K-W), si partimos del

concepto de que provienen de una misma población, no tendría pues que ser diferente, en todo caso sería interesante compararlo con otras profesiones (enfermeras, nutricionistas, obstetras...), en todo caso el interés del trabajo se centró en encontrar las diferencias en la IE entre el personal médicos de los diferentes tópicos, como un primer acercamiento al perfil organizacional desde el aspecto de la Inteligencia Emocional, herramienta básica para áreas de trabajo como emergencia.

VI. CONCLUSIONES

1. Se confirma la Confiabilidad del Instrumento: escala TMMS-24 (el Trait Meta-Mood Scale), en sus 3 dimensiones (Percepción, Comprensión y Regulación), para la medición de la Inteligencia Emocional en médicos de nuestro país, tal cual se evidencia de la prueba de validación realizada a la muestra piloto, 15 médicos, no incluidos en la muestra de investigación (Alfa de Cronbach = 0,892).
2. Los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la Emergencia poseen “adecuada” y “excelente” Inteligencia Emocional (96% de los casos) y solamente el 4% de ellos “debería mejorar” su Inteligencia Emocional, según la prueba TMMS-24.
3. Las dimensiones de la Inteligencia Emocional, en forma individual, reflejan una medición más realista que el puntaje global de la IE, el cual parece sobrevalorado.
4. El 88% de los médicos del servicio de emergencia tienen una edad laboral máxima (25-54 años).
5. No existe diferencia en la inteligencia emocional de los médicos, entre los distintos grupos de edad.
6. No existe diferencia en la inteligencia emocional de los médicos, entre hombres y mujeres.
7. De las 3 dimensiones de la Inteligencia Emocional, es la percepción emocional donde se obtuvieron los puntajes más bajos (“debe mejorar” en más de la mitad de todos los casos evaluados).
8. Se rechazó la hipótesis general, acerca de la diferencia de la Inteligencia Emocional entre los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia (Medicina, Cirugía, Ginecología y Emergencia), ya que no fue estadísticamente

significativo, esto nos permite concluir que los 4 grupos poseen características similares con relación a su Inteligencia Emocional.

9. Se rechazó la hipótesis específica 1, en relación con la diferencia de la dimensión percepción de la Inteligencia Emocional entre los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia (Medicina, Cirugía, Ginecología y Emergencia), ya que no fue estadísticamente significativo, esto nos permite concluir que los 4 grupos poseen características similares con relación a la dimensión percepción de la Inteligencia Emocional.
10. Se rechazó la hipótesis específica 2, en relación con la diferencia de la dimensión comprensión de la Inteligencia Emocional entre los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia (Medicina, Cirugía, Ginecología y Emergencia), ya que no fue estadísticamente significativo, esto nos permite concluir que los 4 grupos poseen características similares con relación a la dimensión comprensión de la Inteligencia Emocional.

Se rechazó la hipótesis específica 3, en relación con la diferencia de la dimensión regulación de la Inteligencia Emocional entre los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia (Medicina, Cirugía, Ginecología y Emergencia), ya que no fue estadísticamente significativo, esto nos permite concluir que los 4 grupos poseen características similares con relación a la dimensión regulación de la Inteligencia Emocional.

VII. RECOMENDACIONES

Se sugiere:

1. La valoración de la inteligencia emocional en los médicos de los hospitales públicos (La cultura predominante a nivel mundial, de la atención sanitaria centrada en el paciente, el fin de la relación médico-paciente de tipo paternalista, el mayor empoderamiento de los pacientes nos obliga al óptimo desarrollo de la inteligencia emocional de nuestros médicos).
2. El uso del TMMS-24 como herramienta gestión, en la valoración de la inteligencia emocional en médicos, dada su elevada confiabilidad.
3. La implementación de programas transversales, para el desarrollo de la inteligencia emocional en el plan de estudio de las facultades de Medicina de nuestras Universidades.
4. Replicar estudios relacionados con la inteligencia emocional en médicos y personal profesional de salud en general, ampliando la muestra, multicéntricos, prospectivos, que relacionen la IE con otras variables de interés.
5. Impulsar el desarrollo de la inteligencia emocional en estudiantes de medicina de pregrado, postgrado y profesional de salud en general.

VIII. REFERENCIAS

- Aranaz-Andrés, J., et al. *Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Rev. Calid.Asist.2011,26(3),194-200.
- Arrieta A., Suárez G. et al. (2016). *Encuesta Healthcare Advancement Conference de Cultura de Seguridad del Paciente en Lima y Callao*. Acta Médica Peruana. 33(4),344-345.
- Ashraf A., Shaikh O., Bhatti S. (2014). *Emotional Intelligence and Job Satisfaction among Employees of Service Sector in Pakistan*. International Journal of Innovative Research & Development. 3(5), 205-214. Recuperado de : <https://ssrn.com/abstract=2441152>
- Bamberger E, Genizi J, Kerem N, et al. (2016). *A pilot study of an emotional intelligence training intervention for a paediatric team*. Archives of Disease in Childhood, 102, 159-164.
- Baron, Reuven (2006), “*The Bar-On model of emotional social intelligence (esi)*”, en *Psicothema, vol. 18, Asturias, Universidad de Oviedo/Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias*, p.13-25.
- Bernal, D., y Garzón, N., (2018). *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos* (Tesis, para optar al Título de Especialista en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogota, Colombia).
- Blue A., Chessman A., Gilbert G., Mainous A. (2014). *Responding to patients' emotions: important for standardized patient satisfaction*. Fam Med. 32(5), 326–330.

- Boon How Chew, Azhar et al. (2015). *Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study*. BMC Medical Education.13 (1), 44.
- Cleveland Clinics (2014). *Things You Should Expect From Your Doctor*. *Health essentials*. Recuperado de: <https://health.clevelandclinic.org/10-things-you-should-expect-from-your-doctor/>
- Cooper, R. (1993). *EQ Map: Interpretation Guide*. San Francisco: AIT and Essi Systems.
- Durán, P. (2013). *Adaptación y validación del cuestionario de inteligencia emocional "Trait Meta-Mood Scale 48" (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995), en estudiantes de pregrado de la Facultad de Educación y Humanidades y de la Facultad de Ciencias de la Salud y Alimentos de Chillan*. Universidad del Bío Bío. Chile.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2016). *Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women*. Psychological Reports. 91, 47-59.
- Fernández-Berrocal, P. (2016). *Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI*. El médico.112(6),22-25.
- Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). *Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto?*. Revista Iberoamericana de Educación Superior.6(15),111-125. Recuperado de: <https://ries.universia.net/article/view/1085/inteligencia-emocional-competencias-emocionales-educacion-superior-un-concepto>.
- Goleman, D. (2018). *Inteligencia emocional en la empresa*. Barcelona, España: Penguin Random House.

- Goleman, D. (2012). *La inteligencia emocional en la empresa*. (3ª ed.). Buenos Aires: Javier Vergara Editores.
- Goleman, P. (2011). *The Brain and Emotional intelligence: New Insights*. NY: More Than Sound LLC.
- Hernández-Vargas, M., Dickinson-Bannack, E. (2014). *Importancia de la inteligencia emocional en Medicina*. *Inv Ed Med*.3(11).155-160. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-S2007505714727425>.
- Hedlund, Jennifer y Robert Sternberg (2016). *Too many intelligences? Integrating social, emotional, and practical intelligence*, en *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*, San Francisco, JosseyBass, p. 136-167.
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors (2014). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington. National Academies Press. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182>.
- Jaén J., Espinal J., y Zapata P. (2018). *Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias*. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ssua>.
- Joseph D., Newman D., and O'boyle E. (2015). *Why Does Self-Reported Emotional Intelligence Predict Job Performance? A Meta-Analytic Investigation of Mixed EI*. *Journal of Applied Psychology* .100(2), 298-342.

- Leape M., Berwick D, Conway J, et al. (2008). *What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (1). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.* Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>
- Leape L., Brennan T., Laird N., et al. 1991. *The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II.* N Engl J Med. 324(5), 377-84.
- Lewis, M. (2017). *Deshaciendo Errores* (1^{era} ed.). Barcelona. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Martínez Gonzales et al. (2014). *Bioestadística Amigable.* Barcelona, España. 3era edición, Elsevier.
- Minsa. (2019). *Plan Operativo Institucional Anual del Hospital María Auxiliadora.* Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.hma.gob.pe/pdf/tranparencia/transparencia/61.pdf>
- Nafukho, F. (2010). *Emotional Intelligence and Performance: Need for Additional Empirical Evidence.* Advances in Developing Human Resources, 11(6),1-689. Recuperado de <https://doi.org/10.1177%2F1523422309360838>.
- Nordin, N. (2012). *Assesing Emotional Intelligence, Leadership Behavior and Organizational commitment in a Higher Learning Institution.* International Conference on Teaching and Learning in Higher Education. 643-6517.
- Reason J. (2001). *Understanding adverse events: the human factor.* In: Vincent C, ed. Clinical risk management: enhancing patient safety. BMJ, 2001:9-30.

- Reyes, C. (2014). *Inteligencia emocional en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú*. Apunt. cienc. soc. 04(01), 87-100.
- Ortiz-Acosta, R. y Beltrán-Jiménez, B. (2017). *Habilidades clínicas, inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos pasantes de servicio social*. Inv. Ed. Med. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.006>.
- Redacción EC (17 de marzo del 2014). *Peruanos desaprueban atención en hospitales del Minsa y Essalud*. El Comercio. Recuperado de
<https://elcomercio.pe/lima/peruanos-desaprueban-atencion-hospitales-minsa-essalud-302343-noticia/>
- Salovey, P. y Mayer J. (1990). *Emotional intelligence*. Imagination, Cognition, and Personality. 9(3) ,185-200.
- Satterfield J, Swenson S, Rabow M: *Emotional Intelligence in Internal Medicine Residents: Educational Implications for Clinical Performance and Burnout*. Ann Behav Sci Med Educ 2009, 14(2):65–68.
- Souza, Silva, Nori et al. (2007). *Uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes*. Rev. Gaúcha Enferm. 28(2), p.242-249.
- Stratton D., Elam C., Murphy-Spencer A., Quinlivan S. (2005). *Emotional Intelligence and Clinical Skills: Preliminary Results from a Comprehensive Clinical Performance Examination*. Acad Med . 80(10), S34-S37.
- Tanferri de Brito et al. (2014). *Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias*. Enfermería Global, 13(34), 206-218. Recuperado en 21 de marzo de

2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010&lng=es&tlng=es.

- Torres V., Torres L., Solís N., Grajeda M., Danielli R., y Coronel A., (2016). *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima*. Revista de Investigación en Psicología. 19(1), 135-146. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12449>.
- Walkiewicz, M. Tartas M. (2017). *Vulnerability of medical students and professionals to extreme work stress: A select review of the literature*. Commun Med.,14(2),181-187.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

TÍTULO: Inteligencia emocional en el servicio de emergencia de un hospital público.						
AUTOR: Edgardo Chapoñan Camarena						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema General:</p> <p>¿De qué manera se distribuye la Inteligencia Emocional (IE) entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>PE1= ¿De qué manera se distribuye la dimensión percepción de la IE entre los médicos según el tópico de emergencia donde laboran?</p> <p>PE2= ¿De qué manera se distribuye la dimensión comprensión de la IE entre los médicos según el tópico de emergencia donde laboran?</p> <p>PE3= ¿De qué manera se distribuye la dimensión regulación de la IE entre los médicos según el tópico de emergencia donde laboran?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar si existe diferencia significativa en la inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico de emergencia donde laboran.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>OE1: Determinar si existe diferencia significativa en la dimensión percepción emocional de la IE entre los médicos según el tópico donde laboran.</p> <p>OE2: Determinar si existe diferencia significativa en la dimensión comprensión emocional de la IE entre los médicos según el tópico donde laboran.</p> <p>OE3: Determinar si existe diferencia significativa en la dimensión regulación emocional de la IE entre los médicos según el tópico donde laboran.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Existe diferencia significativa en la inteligencia emocional entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>HE1: Existe diferencia significativa en la dimensión percepción emocional de la IE entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran</p> <p>HE2: Existe diferencia significativa en la dimensión comprensión emocional de la IE entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran.</p> <p>HE3: Existe diferencia significativa en la dimensión regulación emocional de la IE entre los profesionales médicos según el tópico donde laboran</p>	Variable: Inteligencia Emocional			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Percepción	Atención a las emociones	1, 2,3 4,5,6 7 y 8	<p>Escala Ordinal</p> <p>Escala de Likert: (1) Nunca (2) Casi Nunca (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre</p> <p>Niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe mejorar • Adecuado • Excelente
			Comprensión	Claridad emocional	9, 10,11 12,13, 14 y 15	
Regulación	Reparación emocional	16,17, 18,19, 20,21, 22,23 y 24				

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque: Cuantitativo • Control de la asignación: Observacional • Secuencia Temporal: Transversal • Inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos: Prospectivo <p>Hernández, et al. (2018), los estudios observacionales se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. (p.149).</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>La población está constituida por aproximadamente 126 médicos de diferentes especialidades que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>La muestra estará conformada por todos los médicos que cumplen los criterios de inclusión del estudio (50 sujetos) y es de tipo no probabilística. Muestreo censal.</p>	<p>Variable: Inteligencia Emocional</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Año: 1997</p> <p>El Trait Meta-Mood Scale de 24 items (TMMS-24) de los autores Mayer y Salovey, instrumento autodescriptivo, en versión española, cuyo propósito es disponer de elementos de medida validados en nuestra cultura y contexto disciplinar, que permitan evaluar las competencias emocionales, estos autores presentan un modelo donde se distinguen las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensión Percepción • Dimensión Comprensión • Dimensión Regulación 	<p>El método estadístico para comprobar las hipótesis es la prueba de Kruskal-Wallis, prueba no paramétrica, que se utiliza para comparar más de 2 grupos independientes, con el objetivo de determinar si existen diferencias entre ellos, cuando las variables son cualitativas y los datos son ordinales, como en este caso. (Martínez Gonzales, 2014). El estadístico H de Kruskal Wallis, tiene una distribución χ^2 (chi cuadrado), con $k-1$ grados de libertad, se calcula a través de la fórmula siguiente:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k \frac{R_j^2}{n_j} - 3(n+1)$ </div> <p>Dónde: k = Número de grupos (4 en nuestro caso) n_j = Número de datos de uno de los grupos (j ésimo grupo) R_j = La suma de rangos de uno de los grupos (j ésimo grupo) n = El total de la muestra (en este caso 50)</p> <p>Regla de decisión:</p> <p>Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula</p> <p>Si $p > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula</p>

Anexo 2. Instrumento de Recolección de Datos

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

TMMS-24. El “Trait Meta Mood Scale” (de Mayer y Salovey)

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

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

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test
Definición

Percepción	Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada
Comprensión	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales
Regulación	Soy capaz de <i>regular</i> los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *atención emocional*, los ítems del 9 al 16 para el factor *claridad emocional* y del 17 al 24 para el factor *reparación de las emociones*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Percepción	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

Puntuaciones Puntuaciones

Hombres Mujeres

Comprensión

Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35

Puntuaciones Puntuaciones

Hombres Mujeres

Regulación

Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35

Algunas referencias sobre la utilización de la escala:

Carranque, G.A., Fernández-Berrocal, P., Baena, E., Bazán, R., Cárdenas, B., Herraiz, R., y Velasco, B. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Revista española de Anestesiología y Reanimación*, 51, 75-79.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health- related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.

Extremera, N. Fernández-Berrocal, P. Mestre, J. M. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 2.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (en prensa). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta- Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*.

Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N (2002). Evaluando la inteligencia emocional. Fernández-Berrocal P y Ramos, N (Eds .), *Corazones inteligentes*. Editorial Kairós: Barcelona.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de

metaconocimiento sobre estadoemocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión.

Encuentros en Psicología Social, 1, 251-254.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.

Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N. y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*.

Foluso, W., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos-Díaz, N. & Joiner, T. E. (in press). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, y Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.

Anexo 3. Confiabilidad del Cuestionario

ANÁLISIS DE VALIDEZ DEL CONSTRUCTO Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO PARA MEDIR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Para la confiabilidad del instrumento (Trait-Meta Mood Scale-24, **TMMS-24**) se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 24 ítems, siendo el tamaño de muestra piloto de 15 médicos entrevistados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el Alpha de Cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 24.

La confiabilidad interna del instrumento original fue de 0,85 (85%). Así mismo, para cada una de las dimensiones, las medidas del coeficiente Alfa de Cronbach, obtenidos fueron superiores al 70% en las 3 dimensiones, siendo en la dimensión Percepción el Alfa de Cronbach de 89%, en la dimensión Compresión de 80% y en la dimensión Regulación de 72%.

Estos resultados permiten aseverar que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada.

Tabla 1

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 2

Estadística de la Confiabilidad del TMMS-24

Alfa de Cronbach	N de elementos
,892	15

Interpretación:

El valor del Alpha de Cronbach cuanto más se aproxime a 1 (máximo valor), mayor será la confiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de Alpha de Cronbach para nuestro instrumento es 0.89, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

Anexo 4. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

Título del estudio: “INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO”

Investigador: EDGARDO CHAPOÑAN CAMARENA

El objetivo de este estudio es determinar la Inteligencia Emocional de los médicos de las diferentes especialidades que laboran en la emergencia.

Se realizará una entrevista por parte del investigador y/o nuestros colaboradores para recoger información acerca de las variables relacionadas con el estudio mediante un Instrumento validado para este fin. La información obtenida a través de esta entrevista será mantenida bajo estricta confidencialidad.

Yo.....

He sido informado de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través del investigador o sus colaboradores.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación

FIRMA

DNI:.....

Lima, ____ de Diciembre del 2018