

**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS E INFORMATICA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**



**TESIS**

Inteligencia emocional y eventos adversos del personal de salud del servicio de emergencia de  
un Hospital Público Nivel III, Lima 2018.

**AUTORES:**

Chapoñan Camarena, Edgardo  
Arroyo Castro, Víctor Alejandro

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestro en Investigación y Docencia Universitaria

**ASESOR:**

Mg. Zarate Bocanegra, Jhony Alex  
ORCID iD 0000-0001-6440-0108

**LIMA – PERÚ**  
2020

**Dedicatoria**

A mis padres por su ejemplo y educación, a mi pareja por su amor, por animarme, por creer en mí y a mis hijos por ser la fuerza de mi corazón.

Edgardo Camarena

A Dios, quien cada día cuida mis pasos, también a mi madre y padre quienes son un modelo de enseñanza de responsabilidad, perseverancia, lucha y sacrificio.

Victor Arroyo

**Agradecimiento**

A los pacientes y sus familiares cuyas expectativas muchas veces no encuentran eco en nuestras instituciones de salud y cuya seguridad debería ser una de nuestras prioridades.

**Los autores**

## Índice

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Resumen .....	x
Abstract .....	xii
Introducción.....	1
<b>Capítulo I.....</b>	<b>3</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
1.1. Descripción de la realidad Problemática. ....	3
1.2. Definición del problema. ....	4
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos. ....	5
1.3. Objetivos de la investigación. ....	5
1.3.1. Objetivo general. ....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Formulación de la Hipótesis. ....	6
1.4.1. Hipótesis general. ....	6
1.4.2. Hipótesis específicas.....	6

1.5.	Variables y dimensiones. ....	6
1.6.	Justificación de la investigación.....	8
1.7.	Viabilidad del estudio.....	9
1.8.	Limitaciones de la investigación. ....	10
<b>Capitulo II</b> .....		<b>11</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....		<b>11</b>
2.1.	Antecedentes de la investigación. ....	11
2.1.1	Antecedentes Internacionales. ....	11
2.1.2	Antecedentes Nacionales.....	16
2.2.	Bases teóricas.....	18
<b>Capitulo III</b> .....		<b>29</b>
<b>3.DISEÑO METODOLOGICO</b> .....		<b>29</b>
3.1	Tipo de investigación. ....	29
3.2	Diseño de Investigación.....	29
3.3	Población y muestra de la investigación.....	30
3.4	Técnicas de recolección de datos. ....	31
<b>Capitulo IV</b> .....		<b>35</b>
<b>3. PRESENTACION DE RESULTADOS</b> .....		<b>35</b>
4.1.	Presentación e interpretación de resultados en tablas y figuras. ....	35
4.1.2.	Prueba de normalidad.....	43

4.1.3. Tablas cruzadas y contrastación de la hipótesis de investigación.....	44
<b>Capítulo V .....</b>	<b>53</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>53</b>
5.1 Discusión de resultados obtenidos. ....	53
5.2. Conclusiones .....	56
5.3. Recomendaciones.....	57
Referencias Bibliográficas .....	59
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	66
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	67
Anexo 3. Base de datos .....	70

## Lista de tablas

Tabla 1 <i>Operacionalización de las Variables Inteligencia Emocional y Eventos Adversos</i> .....	7
Tabla 2 <i>Componentes de la IE en el Test TMMS-24 Fernández-Berrocal</i> .....	20
Tabla 3 <i>Marco de aptitudes emocionales utilizadas por Goleman.</i> .....	21
Tabla 4 <i>Validez por juicio de expertos del instrumento</i> .....	32
Tabla 5 <i>Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según tiempo de servicio</i> .....	38
Tabla 6 <i>Inteligencia Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora</i> .....	38
Tabla 7 <i>Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según los Componentes de la Inteligencia Emocional</i> .....	39
Tabla 8 <i>Percepción Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según Ocupación</i> .....	40
Tabla 9 <i>Percepción Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según Genero</i> .....	41
Tabla 10 <i>Prueba de normalidad de las variables</i> .....	43
Tabla 11 <i>Correlación Eventos Adversos e Inteligencia Emocional</i> .....	46
Tabla 12 <i>Correlación Eventos Adversos y Percepción Emocional</i> .....	48

## Lista de figuras

<b>Figura 1 .</b> Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Género y Ocupación. Fuente: Elaboración propia .....	36
<b>Figura 2.</b> Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Edad. Fuente: Elaboración propia.....	37
<b>Figura 3.</b> Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Edad y Ocupación. Fuente: Elaboración propia .....	37
<b>Figura 4.</b> Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según los Componentes de la Inteligencia Emocional.....	40
<b>Figura 5.</b> Percepción Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según Género. Fuente: Elaboración propia .....	41
<b>Figura 6.</b> Frecuencia de los diversos tipos de Eventos Adversos en la Emergencia del Hospital María Auxiliadora. Fuente: Elaboración propia .....	42
<b>Figura 7.</b> Frecuencia de Eventos Adversos según género en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora. Fuente: Elaboración propia .....	43
<b>Figura 9.</b> Gráfico de Dispersión que relaciona los Eventos Adversos con la dimensión Comprensión Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora .....	50



*Figura 10.* Gráfico de Dispersión que relaciona los Eventos Adversos con la dimensión Regulación Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora ..... 52

## Resumen

En la actual coyuntura, los servicios de emergencias de nuestro sistema de salud público constituyen una zona de alto riesgo para el desarrollo de eventos adversos, debido a la gran demanda de pacientes, la necesidad de tomar decisiones rápidas, con información deficiente acerca de los pacientes, los cuales se presentan con diversas comorbilidades y variados niveles de gravedad, sumado a esto la deficiencia cuantitativa y cualitativa de personal de salud con recursos limitados e infraestructura desfasada, resultan en sobrecarga de trabajo, conflictos entre las diversas profesiones y entre las distintas especialidades, teniendo todos estos factores impacto en la aparición de complicaciones y en la morbimortalidad de nuestro pacientes.

Dada esta realidad, se quiso establecer si el control emocional y la empatía del personal de salud, pudieran constituirse en una herramienta para disminuir los eventos adversos, investigamos la existencia de correlación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

El estudio es observacional correlacional, de corte transversal y la muestra no probabilística, que incluyeron a 97 personas (58 médicos y 39 enfermeras). Se utilizó un instrumento: para medir la **variable independiente (Inteligencia emocional)** con sus 3 dimensiones (percepción, comprensión y regulación); y una ficha de registro para cuantificar la **variable dependiente (Eventos Adversos)** con sus 5 tipos relacionados: a los Medicamentos, a las Infecciones, a los Cuidados, a los Procedimientos, y al Diagnóstico. La escala para medir la inteligencia emocional (TMMS-24) fue sometida al análisis de confiabilidad obteniéndose un coeficiente de Cronbach de 0.91 (91%).

Se obtuvo como resultado un coeficiente de correlación de Spearman cercano a cero ( $Rho = 0.05$ ) y una significancia estadística  $p > 0,05$  ( $p = 0.6344$ ), concluimos la no existencia de una correlación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos, así como la falta de significancia estadística; es decir el hecho de tener una excelente inteligencia emocional no se correlaciona con una mayor o menor incidencia de eventos adversos.

**Palabras claves:** Eventos adversos, inteligencia emocional, TMMS-24.

## Abstract

In our current Public Health System, the emergency service constitutes a high-risk area for the development of adverse events, due to the dynamics of care, high demand for patients with various degrees of severity, quantitative and qualitative deficiency of personnel and material resources that result in work overload and conflicts between professionals. Given this reality, it was decided to establish whether emotional control and empathy of health personnel could be a tool to reduce adverse events; we investigate the existence of correlation between emotional intelligence and adverse events of the health personnel of the emergency service of the “Hospital Maria Auxiliadora”.

The study is observational correlational, cross-sectional and non-probabilistic, which included 97 people (58 doctors and 39 nurses). An instrument was used: to measure the independent variable (emotional intelligence) with its 3 dimensions (perception, emotional clarity and regulation); and a record to quantify the dependent variable (adverse events) with its 5 related types: to Medicines, to Infections, to Care, to Procedures, and to Diagnosis. The scale to measure emotional intelligence (TMMS-24) was subjected to the reliability analysis, obtaining a Cronbach coefficient of 0.91 (91%).

We obtained a Spearman correlation coefficient close to zero ( $Rho = 0.05$ ) and a statistical significance  $p > 0.05$  ( $p = 0.6344$ ), we concluded that there was no correlation between emotional intelligence and adverse events, as well as the lack of statistical significance; that is, the fact of having an excellent emotional intelligence does not correlate with a higher or lower incidence of adverse events.

**Key words:** Adverse events, emotional intelligence, TMMS-24.

## Introducción

La práctica de la medicina involucra una actividad intelectual y la aplicación de valores sobre los seres humanos, lo que implica una tarea principalmente humanista y generosa. Sin embargo, en las actuales circunstancias que vivimos, en un mundo globalizado, con una alta complejidad tecnológica, con especialistas y subespecialistas, donde un médico para mantenerse actualizado, debería leer 17 artículos originales por día durante el resto de su vida, situación materialmente imposible, y donde todo lo que se publica en las revistas científicas, muchas veces tiene poco de científico, el clásico trío médico-enfermera-técnico ahora interactúa en equipos multidisciplinarios, junto a químicos farmacéuticos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas respiratorios, biólogos, etc., donde el imperativo ya no está centrado en su labor humanista sino en su experticia técnica, dogmatizándose al método científico como este fuera infalible, cosa totalmente errada, basta simplemente con saber que el riesgo de una complicación por anestesia regional es el mismo al de un ataque terrorista, es decir impredecible y de consecuencias funestas y que el riesgo de fallecer aumenta en un hospital por causas no relacionadas directamente con su enfermedad, esta situación es más crítica en los pacientes que se atienden en la emergencia, ya que están graves o tienen riesgo potencial de muerte y de los cuales la mayoría de veces no se tiene mucha información, de esta manera el personal de salud está sometido a la incertidumbre y la presión del tiempo.

En el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora observamos las condiciones laborales, las relaciones interpersonales conflictivas, muchas veces condicionada por la saturación de los servicios (tópicos de medicina, cirugía, ginecología, laboratorio, etc.), por la elevada demanda de pacientes y por la infraestructura que ha quedado desfasada, ya que

el Hospital se inició como un Centro Materno Infantil, es decir físicamente incompatible con la actual realidad. Todo esto es el medio propicio que favorece y condiciona la aparición de los eventos adversos en el servicio de emergencia y nos planteamos la interrogante acerca de que si ¿el tener una inteligencia emocional excelente o adecuada, se relacionaba con la disminución de los eventos adversos?, en situaciones bajo estrés e incertidumbre y con una presión de tiempo, como es nuestra realidad, podríamos tal vez, bajo este enfoque evitar muertes y complicaciones innecesarias en nuestros pacientes.

Bajo esta perspectiva era importante y prioritaria la realización de la presente investigación, más aún cuando no existen antecedentes bibliográficos en relación a este tema en nuestro país.

Desarrollamos una investigación de tipo correlacional, de corte transversal, a través del uso de un instrumento, previamente validado aplicado al personal de salud profesional del servicio de emergencia (médicos y enfermeras) en diciembre del 2018, cuyos resultados nos dan una perspectiva del grado de inteligencia emocional y una ficha de registro de los eventos adversos en el servicio de emergencia, dicha información permitirá a los gestores desarrollar estrategias para mejorar y garantizar la seguridad de los pacientes en nuestros hospitales.

## **Capítulo I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad Problemática.**

La coyuntura actual, con un sistema sanitario complejo, caracterizado por especialidades, subespecialidades que determinan equipos multidisciplinarios, uso de últimas tecnologías, demanda creciente de pacientes en los servicios de emergencias, personal sanitario insuficiente, desmotivado, a veces deshumanizado, pacientes con riesgo real o potencial de muerte y bajo incertidumbre diagnóstica y con la necesidad de intervenciones rápidas y oportunas, dicho contexto constituye el medio propicio para el desarrollo de incidentes y eventos adversos relacionados a la atención en salud. A la fecha no se han desarrollado investigaciones que valoren los eventos adversos en los servicios de emergencia de nuestro país, no existe un registro adecuado de los mismos y menos aún si estos (eventos adversos) se correlacionan con otros factores como el agotamiento profesional, la inteligencia emocional de los profesionales de la salud, entre otros.

De la práctica diaria observamos que muchas veces, se presentan los siguientes eventos adversos: procedimientos con complicaciones, infecciones intrahospitalarias, error en relación con medicamentos o uso de soluciones intravenosas, caídas, etc. El impacto que tienen puede ser leve, moderado, severo o incluso la muerte.

Muchos eventos adversos pueden evitarse o limitarse sus consecuencias, utilizando enfoques basados en el análisis de riesgo, notificación de los eventos adversos (no como hecho sancionador, sino como oportunidad de mejora), la educación sanitaria continua, las mejores condiciones laborales en el servicio de emergencia.

De lo observado en la práctica asistencial, muchos de los eventos adversos ocurren a pesar de adecuadas competencias técnicas o académicas y tendrían su origen en el ámbito emocional, diversos estudios han encontrado que la inteligencia emocional está relacionada con el éxito contribuyendo académica y profesionalmente en el rendimiento cognitivo por encima del nivel atribuible a la inteligencia general.

En la formación médica, la inteligencia emocional está relacionado con el logro académico y el rendimiento clínico; y en la práctica asistencial, se asocia con una relación médico-paciente mucho más empática, mejor desempeño clínico y satisfacción de los pacientes.

Nos preguntamos ¿si la inteligencia emocional podría constituir una herramienta fundamental de prevención de los eventos adversos?

## **1.2. Definición del problema.**

El servicio de emergencia se instituye como zona de alto riesgo para el desarrollo de diversos tipos de eventos adversos, al concentrar elevada demanda de pacientes en gravedad extrema, contar con recursos limitados, presión de tiempo para tomar



decisiones en poco tiempo y con poca información, además de convivir situaciones de conflicto entre colegas y con los pacientes o familiares, todo lo cual resulta en sobrecarga laboral y estrés profesional. Teniendo en cuenta esta realidad nos planteamos la siguiente pregunta ¿De qué manera se relaciona la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del Personal Sanitario del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora?

### **1.2.1 Problema general.**

¿Existe relación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora - SJM 2018?

### **1.2.2 Problemas específicos.**

1. ¿De qué manera se relaciona la percepción con los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018?
2. ¿De qué manera se relaciona la comprensión con los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018?
3. ¿De qué manera se relaciona la regulación con los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018?

## **1.3. Objetivos de la investigación.**

### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar si existe relación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora.  
SJM 2018

### **1.3.2. Objetivos específicos.**

1. Establecer si la percepción se relaciona con los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.
2. Establecer si la comprensión se relaciona con los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.
3. Establecer si la regulación se relaciona con los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018

## **1.4. Formulación de la Hipótesis.**

### **1.4.1. Hipótesis general.**

Existe relación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.

### **1.4.2. Hipótesis específicas.**

1. Existe relación entre la percepción y los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.
2. Existe relación entre la comprensión y los eventos adversos del personal sanitario de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.
3. Existe relación entre la regulación y los eventos adversos del personal sanitario del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.

## **1.5. Variables y dimensiones.**

**Variable 01:** Inteligencia Emocional y sus Dimensiones

- Percepción
- Comprensión
- Regulación

**Variable 02:** Eventos Adversos y sus tipos

- Procedimientos con Complicaciones
- Infecciones Intrahospitalarias
- Error Diagnóstico
- Error en Tratamiento
- Complicaciones de los cuidados

### 1.5.1 Operacionalización de las variables.

**Tabla 1**

*Operacionalización de las Variables Inteligencia Emocional y Eventos Adversos*

VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN		
	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
<b>INDEPENDIENTE</b> Inteligencia Emocional	Percepción	<b>Atención a las emociones</b> (ítems 1,2,3,4,5,6,7,8)	<b>Con el instrumento</b> El "Trait Meta Mood Scale"-24 (TMMS-24) de Mayer-Salovey
	Comprensión	<b>Claridad emocional</b> (ítems 9,10,11,12,13,14,15)	
	Regulación	<b>Reparación emocional</b> (ítems 16,17,18,19,20,21,22,23,24)	
<b>DEPENDIENTE</b> Eventos Adversos	Procedimientos c/ Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia o hematoma</li> <li>• Neumotórax</li> <li>• Hematuria</li> <li>• Perforación</li> </ul>	<b>Ficha de registro</b>  <b>Con el Instrumento:</b> Basado en:  - Cuestionario de Identificación de Eventos Adversos PROYECTO IDEA (Identificación de Eventos adversos).  - Formato de Consolidado de Incidentes y eventos adversos del Minsa.
	Infecciones Intrahospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección de sitio quirúrgico o de herida.</li> <li>• Sepsis relacionada a dispositivo.</li> <li>• Infección Pulmonar</li> <li>• Infecciones Urinarias por Sonda</li> </ul>	
	Error de diagnóstico o de identificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivo de consulta del paciente</li> <li>• Alergias medicamentosas</li> </ul>	
	Error en Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciones adversas a medicamentos</li> <li>• Errores de medicación</li> <li>• Problemas con hemoderivados</li> </ul>	
	Complicaciones de los Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera por presión</li> <li>• Fracturas por caídas</li> <li>• Insuficiencia respiratoria</li> <li>• Flebitis</li> </ul>	

## **1.6. Justificación de la investigación.**

### **a) De Carácter Práctico.**

En la práctica asistencial, los eventos adversos constituyen causas de gran impacto en la salud de los pacientes. Tanto de pérdidas económicas, como pérdida de la confianza en el sistema sanitario, constituyendo así durante las dos últimas décadas, en una preocupación prioritaria para tratar de mitigar ese riesgo, principalmente a través de una adecuada gestión de la calidad y el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

La investigación es relevante porque va a permitir la identificación de la influencia del aspecto emocional del personal sanitario (cinco componentes de la Inteligencia emocional) en los eventos adversos que se presentan en los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

Los resultados del estudio contribuirán de manera importante para:

- Profesionales sanitarios, al desarrollar conciencia de la falibilidad de sus actos y mayor compromiso para ofrecer una atención sanitaria de calidad, que involucre a la seguridad del paciente como una prioridad ligada a la práctica clínica diaria para evitar o mitigar los eventos adversos.
- Para las instituciones sanitarias y entidades involucradas, a través de los gestores para la toma de decisiones adecuadas, empleando el enfoque de seguridad del paciente para incentivar una atención sanitaria más segura y confiable.

### **b) De Carácter Metodológico.**

El uso adecuado de la metodología y procedimientos de la investigación, aportan un enfoque metodológico para la aplicación práctico del modelo aquí

considerado, finalmente incentiva a otros profesionales de la salud a profundizar en el tema para destacar la necesidad y la relevancia de una adecuada cultura de seguridad del paciente.

### **c) De Carácter Teórico.**

La visión de la investigación es contribuir al incremento de los conocimientos sobre el valor de la inteligencia emocional:

- Para establecer un modelo conceptual de la influencia de los factores emocionales en el desarrollo de los eventos adversos que se dan en la emergencia.
- Para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

Los hallazgos obtenidos de la presente investigación proporcionarán nuevos conocimientos, información detallada, específica y válida acerca de la inteligencia emocional del personal sanitario y los eventos adversos que ocurren en los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

### **1.7. Viabilidad del estudio.**

La factibilidad de la investigación se basa en:

- Los investigadores al pertenecer a la misma institución que la población objetivo: personal profesional sanitario (médicos y enfermeras) que laboran en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, tienen una actitud proactiva y colaboran en la investigación.
- Recolección de la información empírica a través de entrevistas con la intervención del personal sanitario que colabora (elegidos no aleatoriamente) y ficha de registro de los eventos adversos.

- Conceptualización teórica y metodológica actual, pertinente y suficiente.
- Cuenta con apoyo de equipo multidisciplinario (psicólogo, bioestadístico y especialista en metodología de la investigación).

### **1.8. Limitaciones de la investigación.**

- Gran parte del personal sanitario no participa por:
  - 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.
- No cuenta con financiamiento externo
- No se tiene información completa de la población de 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.
- Registro incompleto o ausencia de registro en relación a eventos adversos

## Capítulo II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

Al efectuar una indagación exhaustiva de estudios internacionales, nacionales y locales, se evidenció los siguientes artículos de investigación, que a continuación se detallan:

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Venegas M. Sanhueza-Alvarado O, Ramírez N. et al (2015). En la investigación titulada “*Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería*”. Estos investigadores chilenos efectuaron la validación y confiabilidad del instrumento de medición de inteligencia emocional, llamada inicialmente “*Trait Meta Mood Scale*”-24(TMMS-24) con sus dimensiones: percepción, comprensión y regulación, adaptada al idioma español, aplicada a 349 estudiantes de enfermería, se estableció la confiabilidad por medio del coeficiente alfa de Cronbach y la validez del constructo mediante el Análisis Factorial.

Los resultados demostraron que el TMMS-24 es una escala de medición válida y confiable para la valoración de la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. Su aplicación faculta la identificación de habilidades para poder entender y controlar las emociones, de esta forma ayuda en la mejora de factores educativos y organizacionales; así mismo ayudará a una relación más empática con los pacientes.

Boon How Chew, Azhar et al. (2013). *“Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study”*. Estudio transversal 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), el género y la distribución étnica eran representativos de la población estudiantil. 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 pregrado de medicina con mejor puntuación en la prueba de inteligencia emocional obtuvieron las mejores calificaciones tanto en las evaluaciones periódicas, como en la prueba final. En consecuencia, es probable que el desarrollo de las habilidades emocionales, puedan optimizar el desempeño académico de los estudiantes de medicina,

Terry D. Stratton, Carol L. Elam, Amy E. Murphy-Spencer et al. (2005). En su trabajo *“La Inteligencia emocional y las habilidades clínicas”*, valoró si el autoconocimiento de los estados emocionales y la empatía de la inteligencia emocional pueden determinar un factor fundamental en la atención del 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.

Teques, A. P., Llorca-Ramón, G., et al. (2015). *Desarrollo y Evaluación de las Características Psicométricas del Cuestionario de Autopercepción de Inteligencia Emocional (QUIE-AP)*. En este estudio se pretendió validar la capacidad de autopercepción de la Inteligencia Emocional (IE), el modelo se basa en el concepto de IE de Mayer y Salovey (1997): un Cuestionario de Autopercepción de Inteligencia Emocional (QIEAP). El tamaño de la muestra fue de 401 participantes cuyas edades oscilaban entre los 16 y 75 años. Los resultados del análisis factorial confirman la validez del instrumento demostrando buen ajuste, confiabilidad y validez convergente y discriminante, constituyéndose en un instrumento útil para la valoración de la IE.

Arenas W. (2011). *“Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Con la caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, en las instituciones de tercer nivel en Bogotá, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento **Hospital Survey on Patient Safety** Culture Versión Española, lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud”*.

Según Arenas W. (2011). “Una cultura de seguridad implica, según los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo”.

Varela S. (2013). *“Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería”*

Los resultados alcanzados son semejantes a otros estudios, el promedio de nota fue de 6.8, lo cual implica que se puede mejorar, sobre todo en las dimensiones poco valoradas, de tal forma que se pueda mejorar la cultura de seguridad del personal de enfermería.

**Torres L. (2011).** *“Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería”*, se obtuvo que existen 52% de personal profesional, lo cual es de suma relevancia ya que, según diversos estudios, la inadecuada formación académica, la desmotivación y la falta de entrenamiento constituyen causas de eventos adversos. “En relación con el nivel académico, el porcentaje de este es un factor protector para la institución. La cantidad de horas trabajadas a la semana por los encuestados se considera un factor protector institucional, ya que el cansancio, la fatiga, el estrés y la falta de descanso están ampliamente relacionados con la ocurrencia de eventos adversos”. Los indicadores como la relación enfermero-paciente resultan deficientes, el riesgo aumenta cuando esta relación es mayor de 4 a 1. “La presencia de errores en la medicación merece un estudio

más profundo y específico, en razón a que es una de las principales causas de eventos adversos enunciadas por la mayoría de los autores consultados. Los errores en la medicación están mediados por el desconocimiento, la falta de formación académica, la rutina, el exceso de confianza, las condiciones estresantes, el número de pacientes, la sobrecarga de trabajo, la fatiga y distracciones entre otras. Además, la ausencia de protocolos de administración de medicamentos, aunado a la deficiencia de fuentes de información sobre presentación, dosis y vía de administración genera un riesgo real de ocurrencia de eventos adversos. La ausencia de protocolos y la falta de información constituyen factores de riesgo para la aparición de eventos adversos. Es conveniente que los servicios tengan protocolos de actuación, que sean pertinentes para la práctica, que se apliquen habitualmente y que se actualicen periódicamente, de esta forma se facilita el trabajo y se lleva a cabo con mayor seguridad”.

Škodová M., Velasco M., Fernández M. (2011) “*Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*” de España. “El trabajo se propuso Identificar la cultura sobre seguridad del paciente percibido por los profesionales sanitarios. Se desarrolló un estudio transversal descriptivo en profesionales sanitarios, mediante la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ), en julio-agosto de 2008. El tamaño muestral se estimó en 476 encuestas. Los resultados nos muestran que, en los últimos 12 meses, el 90,2% de los profesionales no notificó ningún evento adverso (EA). La percepción global de seguridad del paciente fue  $6,57 \pm 1,82$  puntos (escala, 0-10). El trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor valorado (66,9%). Se observó una correlación positiva entre la percepción de Seguridad Paciente y los años que los

profesionales trabajan en la especialidad (0,21), hospital (0,197) y servicio (0,138) respectivamente (todos  $p < 0,05$ ). La percepción general de seguridad fue valorada positivamente por el 34,1%. El soporte desde la gerencia (3,7%) y la dotación de personal (9%) fueron las principales áreas de mejora”.

Solar L. (2014) “*Seguridad del paciente en los Cuidados de Enfermería*”. Aquí la autora reporta los siguientes hallazgos: “la seguridad clínica es una prioridad de la gestión de la calidad que se brinda y que el turno noche es un factor estresante, ya que supone cambios a nivel fisiológico, psicológico y en las relaciones personales”.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales.**

Oré M. (2010). “*Representaciones Sociales de las Enfermeras sobre la Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente*”. “Las representaciones sociales de la Cultura de Seguridad según la percepción de las enfermeras giran alrededor de las herramientas de gestión, en el proceso de cuidado, las contradicciones de la práctica de enfermería y la complejidad del error”.

Alvarado C. (2014). “*Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval*” Lima- Perú. “Establece que existen correlaciones significativas entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente, en la totalidad de estas variables. Son correlaciones positivas. El análisis de las diferencias entre género: tanto en del Clima Organizacional (Comunicaciones, Ambiente y Condiciones de trabajo, Dirección, Situaciones de cambio) como en la Cultura de Seguridad del Paciente (Seguridad brindada por la

Dirección, frecuencia de sucesos notificados), se aprecian que las mujeres presentan promedios más altos que los varones ( $p \leq 0.05$ )”.

“Tanto en la Cultura de Seguridad del Paciente, como en el Clima Organizacional los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras, hallazgos significativamente estadísticos”.

Del Rio J., Munares A. (2013). “*Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú*”. “El propósito de esta investigación fue identificar la percepción del Clima Organizacional en trabajadores de un Hospital General de Ica. Es un estudio descriptivo transversal, que incluyó 7 grupos ocupacionales. Se incluyó a 178 trabajadores del hospital, seleccionados mediante muestreo aleatorio proporcional a grupos ocupacionales. El instrumento fue un cuestionario con 55 preguntas a través de las cuales se valoró el Potencial humano, Diseño y Cultura organizacionales, con sus 11 dimensiones. Se calificó según puntuación como clima no saludable de 55 a 128, clima por mejorar de 129 a 202, y clima saludable de 203 a 275. Los resultados indican que el clima organizacional percibido por los trabajadores del Hospital tuvo un puntaje promedio de 164 es decir un clima por mejorar. El 12.9% de trabajadores percibió un clima saludable. De las 11 dimensiones estudiadas, el clima que se percibió fue por mejorar, excepto en identidad, dimensión en la cual se tuvo, en promedio, un clima saludable. Sin embargo, la identidad según grupos ocupacionales tuvo un clima por mejorar en el grupo de enfermeras, técnicos, otros profesionales y artesanos. Este estudio claramente indica que es necesario mejorar el clima organizacional de la institución, aplicando un plan de intervención con proyectos de mejora del entorno organizacional segunda propone la medición de las condiciones de seguridad del paciente y la

construcción de guías de auto evaluación para ser aplicadas al cliente interno y a los usuarios de los servicios prestados por las IPS de primer nivel de atención. Los resultados obtenidos señalan que la seguridad del paciente en Colombia va de la mano con el sistema de garantía de la calidad en salud incentivado por políticas internacionales que definen los lineamientos en la unificación de criterios de procesos y procedimientos en la práctica clínica”.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 La Inteligencia Emocional (IE).**

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 regularlas reflexivamente las emociones de manera que se promueva un mejor desarrollo emocional e intelectual.

#### **A. Generalidades.**

El éxito en la vida no está garantizado por tener un elevado Cociente Intelectual (CI), no es una condición suficiente, se necesita algo más que inteligencia abstracta para solucionar los problemas personales derivados de la emocionalidad, y los problemas que surgen de la relación con las demás personas. Para ello es necesario desarrollar una serie de habilidades de inteligencia emocional, que no guardan relación con las destrezas escolares, intelectuales o abstractas, sino que forman parte de las capacidades de conocimiento y control adecuados de las propias emociones, y el conocimiento empático

de las que expresan las personas con quienes se vive las habilidades emocionales se pueden definir como las capacidades y disposiciones para crear voluntariamente un estado de ánimo o sentimiento a partir de las ideas que se tiene sobre lo que ocurre. De ahí que sea necesario aprender a atribuir significados emocionalmente deseables a los acontecimientos que tienen lugar en las relaciones que se establece con los demás. De este modo, conociendo qué pensamientos y comportamientos provocan nuestros estados de ánimo, se podrá manejar mejor para solucionar los conflictos que aquellos generan. La inteligencia es precisamente eso, la capacidad de solucionar problemas adaptándose a las circunstancias. Cuando los problemas son de índole emocional, son las habilidades emocionales las que se debe poner en práctica para alcanzar mayores niveles de satisfacción y de desarrollo personal, integrando el pensar, sentir y hacer.

Las emociones son cambios repentinos, veloces e irreflexivos del estado de ánimo. Son producidas por juicios, pensamientos, evocaciones o sucesos que provocan reacciones veloces que nos llevan a comportarnos en función de lo que en ese momento sentimos.

## **B. Concepto y Modelos de Inteligencia Emocional.**

La inteligencia emocional puede entenderse como las competencias y destrezas de índole no cognitiva que permiten enfrentar exitosamente las presiones y demandas del entorno.

## **C. Modelos de Inteligencia Emocional.**

Existen diversos modelos de IE, muchos de ellos sin rigor científico, que obedecen a intereses comerciales o de marketing, existen 3 modelos principales:

**1. El Modelo de Mayer y Salovey.** Estos autores, en 1995 evaluaron la IE en función de un grupo de habilidades emocionales adaptativas, según los siguientes aspectos:

- a) capacidad de percibir las emociones (autoconocimiento)
- b) capacidad de comprender las emociones (comprensión)
- c) Capacidad de usar adaptativamente las emociones (Regulación).

“Utiliza como instrumento el Trait-Meta-Mood-Scale (TMMS), que es un cuestionario que incluye 48 ítems divididos en 3 sub-escalas que evalúan la IE intrapersonal, como: sentimientos con 21 ítems, claridad de los sentimientos con 12 ítems y reparación emocional con 12 ítems. Dicho instrumento ha revelado adecuados valores de consistencia interna y validez, en 1997 dichos autores presentaron una adaptación a su modelo, este cuestionario evalúa las habilidades con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como nuestra capacidad para controlarlas”.

**2. Modelo de Extremera y Fernández-Berrocal.** Estos autores en el año 2001, basándose en el modelo de Salovey y Mayer, presentaron un cuestionario más simplificado con 24 ítems, el Trait-Meta-Mood-Scale (TMMS-24), considerando 3 dimensiones: percepción, comprensión y regulación, cada dimensión valorada a través de 8 preguntas.

**Tabla 2**

*Componentes de la IE en el Test TMMS-24 Fernández-Berrocal*

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

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



**3. El modelo de Goleman** “implica una variedad de aptitudes, competencias emocionales y sociales que optimizan el desempeño y el liderazgo, dichas aptitudes son:

- **Autoconciencia:** 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 3.**  
*Aptitudes de Inteligencia Emocional según Goleman*

<b>Aptitudes</b>	<b>Competencias</b>
<b>Conciencia de uno mismo</b>	Conciencia Emocional
	Autoevaluación Precisa
	Confianza en uno mismo
<b>Autogestión</b>	Autocontrol.
	Fiabilidad.
	Meticulosidad.
	Adaptabilidad.

	<p>Orientación a los logros</p> <p>Iniciativa.</p>
<b>Conciencia social</b>	<p>Empatía.</p> <p>Conciencia organizativa.</p> <p>Orientación al servicio.</p>
<b>Habilidad social</b>	<p>Liderazgo visionario</p> <p>Influencia</p> <p>Desarrollar a los demás</p> <p>Comunicación</p> <p>Catalizador del cambio</p> <p>Gestión de conflictos</p> <p>Crear lazos</p> <p>Trabajo en equipo</p>

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

## Los Eventos Adversos (EA).

### 2.3. Definición de Términos

#### 1. Error, Errar, Iatrogenia

- **Errar:** acto humano relativo a no acertar o cometer un error, no acertar, equivocarse. Este concepto es importante entenderlo ya que muchos de los

acontecimientos son producto de las falencias humanas, cualquiera que estas sean, concretamente es importante entender que “errar es humano”.

- **Error:** concepto equivocado o juicio falso; dicho o acción desacertada o equivocada; diferencia entre el resultado real obtenido y la previsión que se había hecho o que se tiene como cierta<sup>20</sup>, equivocación de buena fe. En el campo de la práctica clínica las definiciones más acertadas o aplicables son las de “acción desacertada”, “equivocación de buena fe” y “juicio falso”, todos ellos dentro del contexto de una práctica sin intenciones dolosas que estarían enmarcadas dentro de otro concepto que ya incluye una acción penal.

### **Iatrogenia**

La palabra iatrogenia deriva del griego: iatos: médico y genia: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española: Dícese de toda alteración del estado del paciente provocado por el médico". Siguiendo estos preceptos al optar un tratamiento o intervención la primera consideración debiera ser el principio Hipocrático de evitar el daño: "Primum non nocere".

Sin embargo, la iatrogenia se encuentra latente en todos los actos médicos (entiéndase estos como toda intervención por cada uno de los integrantes del equipo de salud).

Son muchas las causas de iatrogenia, entre ellas se encuentran: error médico, negligencia médica o procedimientos inadecuados (mala praxis), errores al escribir la formulación, interacción de los medicamentos recetados, tratamientos no seguros, diagnóstico erróneo, rechazo por parte del médico a tomar en consideración los

efectos negativos que el paciente dice sufrir, infección nosocomial, experimentación médica no ética, entre otras.

Es más frecuente de lo que se piensa y por lo tanto representa un riesgo evidente para los pacientes. Así en Estados Unidos en el año 2,000 se provocaron 225,00 muertes producidas por eventos adversos evitables (cirugías innecesarias, errores de medicación, infecciones nosocomiales, ...), siendo la tercera causa de muerte después de los problemas cardíacos y cerebrales.

Los eventos adversos se dan con mayor frecuencia y gravedad en las unidades de cuidados intensivos, se da un fenómeno en cascada, provocados por

## **2. Error Medico**

“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, de proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos”, a decir de Max Thorek. “El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto, o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo”.

“En nuestro medio las definiciones del error médico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica, es decir que está vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana. Por ejemplo: error médico es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional”.

El Dr. Lucian Leape y su grupo, empezaron la investigación en seguridad de los pacientes en 1993, idearon una categorización practica para clasificar los errores sobre los cuales, tanto el sistema, como los médicos pueden intervenir de forma eficiente y mancomunada y se clasifican en:

**a. “Diagnósticos:**

- Error o retardo en el diagnostico
- Falla en el uso de las pruebas indicadas
- Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas”

**b. “Terapéuticos:**

- Error en la realización de una operación, un procedimiento o una prueba
- Error en la administración del tratamiento
- Error en el método o la dosis de un medicamento
- Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal
- Cuidado inapropiado o no indicado”

**c. “Preventivos:**

- Falla para proveer un tratamiento profiláctico
- Seguimiento del tratamiento inadecuado”

**d. “De otro tipo:**

- Falla en la comunicación
- Falla en el equipo
- Falla de otros sistemas”

### 3. Eventos Adversos

“Se define como evento adverso a la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada. No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones adversas que se presentan por la prestación de salud. Todo el sistema es el involucrado en los errores médicos, profesionales y personal no profesional de la salud, infraestructura, procesos desarrollados dentro de la institución, entre otros”.

#### Clasificación de los Eventos Adversos

Al respecto Gómez y Espinosa<sup>42</sup> dicen:

“Existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible.

**El evento adverso no prevenible** es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento; **el evento adverso prevenible** es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento. Se emplean otras denominaciones, como accidente (evento que implica daño a un sistema definido e interrumpe el proceso o los resultados futuros del sistema), complicación (evento adverso relacionado con el procedimiento de carácter inevitable), errores latentes (errores en el diseño, la organización, el entrenamiento y mantenimiento que llevan al operador a problemas cuyos efectos permanecen dormidos en el sistema por largos periodos de tiempo) e incidente (situación que podría haber generado un mal resultado que no se produjo por azar o por una intervención oportuna)”.

**Terminología en relación con los Eventos Adversos.**

**Seguridad del paciente:** “es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

**Cultura de seguridad:** “La cultura de un equipo o de una organización está formada por el modelo de creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tacitas y procedimientos arraigados, que influyen en la forma de actuar de las personas y de trabajar en conjunto. Es una muy poderosa fuerza, que permanece incluso cuando se cambian los equipos y se traslada el personal”.

**Atención en salud:** “servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud”.

**Acción insegura.** “Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras”.

**Falla de la atención en salud:** “una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales”.

En EE. UU., “en la década de los noventa, los científicos se dedicaron a estudiar más a fondo sobre el error médico, en 1999, se presentó el documento To Err Is Human del Instituto de Medicina, en los que se destacaban los malos resultados de la atención médica hospitalaria causados específicamente por el error humano. Dicho informe concluyó que más de 50 000 personas mueren al año en los hospitales de EE. UU., como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención”.

“Actualmente, la OMS se ocupa de los estudios de eventos adversos, análisis de los errores de la atención médica y desarrollo de estrategias para la seguridad del paciente. En el 2004, la Organización Mundial de la Salud y sus asociados, anunciaron la puesta en marcha de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” y con ello una serie de medidas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención médica”.

“La Alianza actualmente a puesto en marcha los siguientes programas:

- a) la seguridad centrada en el paciente centrado, en las infecciones (evento adverso más frecuente) bajo el lema “una atención limpia es una atención segura”
- b) pacientes por la seguridad del paciente, “pacientes en defensa de su seguridad”
- c) taxonomía de la seguridad del paciente
- d) investigación para la seguridad del paciente”.



### Capítulo III

#### 3.DISEÑO METODOLOGICO

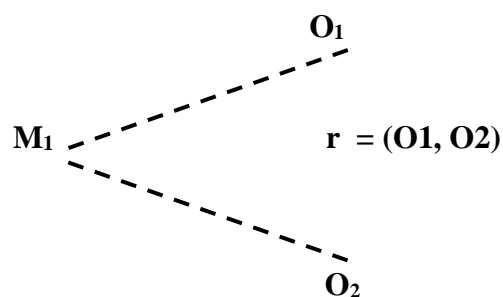
##### 3.1 Tipo de investigación.

El presente trabajo de investigación es de naturaleza cuantitativa, corte transversal según Hernández et al. (2010:100),

La investigación es de tipo Observacional – Correlacional, según Hernández, Fernández y Baptista; ya que establecen relaciones entre variables, en este caso: la relación de la inteligencia emocional y sus dimensiones con los eventos adversos que se presentan en el servicio de emergencia de un hospital de III nivel de Lima, para describir y caracterizarlos en 2 variables: V. Dependiente y V. Independiente.

##### 3.2 Diseño de Investigación

El diseño de investigación es no experimental, modalidad exploratoria Descriptivo – Transversal. Tomado de Sánchez y Reyes (51).



Dónde:

$M_1$  = Muestra Personal Sanitario de Emergencia

$O_1$  = Medición de Inteligencia Emocional

$O_2$  = Medición de los Eventos Adversos.

$r$  = Correlación entre la información  $O_1$  y  $O_2$

En nuestro caso, pretendemos relacionar la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos en una muestra del personal de salud que labora en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

### 3.3 Población y muestra de la investigación.

La población está constituida por aproximadamente 226 personas entre ellos: 86 Médicos y 140 Enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

La muestra estará conformada por 97 personas (58 médicos y 39 enfermeras) y es de tipo no probabilística. Muestreo por conveniencia.

#### Criterios de Inclusión

- Todo el personal profesional sanitario que desea participar en el estudio y por voluntad propia.

- Los Instrumentos debidamente llenados.

### **Criterios de Exclusión**

- Licenciados de enfermería que no deseaban participar en el trabajo de investigación.
- Instrumentos mal llenados o incompletos.
- Personal que quiso colaborar, pero por rotación externa no se pudo completar.

## **3.4 Técnicas de recolección de datos.**

### **3.4.1. Descripción de los Instrumentos:**

El Instrumento de Escala de Inteligencia Emocional: El Trait Meta-Mood Scale de 24 ítems (TMMS-24) de los autores Mayer y Salovey, instrumento autodescriptivo, en su 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:

- Dimensión Percepción
- Dimensión Comprensión
- Dimensión Regulación

“Las puntuaciones de cada una de estas subescalas se clasifican en 3 rangos.

- En la subescala de Percepción emocional, la puntuación en el rango medio (22 a 32 en hombres; 25 a 35 en mujeres) indica adecuada Percepción emocional y la puntuación en rango alto (>33 en hombres;> en 36 mujeres) y bajo (<21 en hombres;<24 en mujeres) indica que debe mejorar su Percepción emocional.
- En cambio, en la subescala de Comprensión, las puntuaciones del rango bajo indican que debe mejorar la Comprensión (<25 en hombres, <23 en mujeres), las de rango medio (26 a

35 en hombres; 24 a 34 en mujeres) indican adecuada Comprensión y las de rango alto (>36 en hombres; >35 en mujeres) indican excelente Comprensión emocional.

- Así mismo, en la subescala Regulación emocional, las puntuaciones bajas (<23 en hombres y mujeres) indican que debe mejorar la Regulación; las de rango medio (24 a 35 en hombres y 24 a 34 en mujeres) indican adecuada Regulación y las puntuaciones altas (>36 en hombres, >35 en mujeres) indican excelente Regulación Emocional.

Para esto, las personas deben valorar cada una de las afirmaciones acerca de sí mismos en una escala Likert de 1 a 5 puntos (1 =Raras veces o nunca , 2 = Pocas veces, 3 = Algunas veces, 4 = Muchas veces y 5 = Siempre o muy frecuentemente) que representa su grado de acuerdo con cada una de ellas. El puntaje se obtiene sumando las respuestas de cada subescala, cuyo puntaje oscila en cada una de ellas entre 8 y 40 puntos”.

### 3.4.2. Confiabilidad y Validez de los Instrumentos

#### Validez del instrumento:

Este instrumento tiene suficiente validez de constructo que garantiza su publicación y recomendación para uso clínico. El instrumento fue sometido a validez por juicio de expertos especialistas en el tema.

#### **Tabla 4**

##### *Validez por juicio de expertos del instrumento*

Nº	Nombre del experto	Claridad	Congruencia
1	Miriam Portugués Sanchez	Correcto	Correcto
2	Ana Dionicio Panciano	Correcto	Correcto
3	Edgar Alvizuri Gómez	Correcto	Correcto

*Fuente:* Elaboración propia

Confiabilidad del instrumento:

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:**

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

**Dónde:**

- $S_i^2$  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, aplicado a una muestra piloto de 15 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 STATA versión 10”.

“La confiabilidad interna del instrumento original fue de 0,91 (91%). Así mismo, para cada una de las dimensiones, las medidas del coeficiente Alfa de Cronbach, obtenidos fueron superiores al 80% en las 3 dimensiones, siendo en la dimensión Percepción el Alfa de Cronbach de 87%, en la dimensión Compresión de 89% y en la dimensión Regulación de 84%”.

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

**Total-ítem de las 3 Dimensiones del Instrumento TMMS-24 del personal de Salud  
del Hospital María Auxiliadora, Perú, 2018**

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
i1	98	+	0.5752	0.5166	.2771538	0.9057
i2	100	+	0.5544	0.4948	.2787376	0.9062
i3	100	+	0.6039	0.5515	.2772216	0.9050
i4	100	+	0.6546	0.6023	.2718833	0.9038
i5	99	+	0.1426	0.0797	.3020511	0.9132
i6	99	+	0.4746	0.4100	.2835945	0.9081
i7	100	+	0.5917	0.5425	.2797412	0.9052
i8	100	+	0.5770	0.5179	.2769497	0.9057
i9	100	+	0.6116	0.5627	.2781345	0.9048
i10	99	+	0.6897	0.6515	.2758608	0.9031
i11	100	+	0.7636	0.7336	.2730891	0.9016
i12	100	+	0.5792	0.5289	.2803247	0.9054
i13	100	+	0.6500	0.6070	.2773198	0.9039
i14	100	+	0.5388	0.4858	.2826988	0.9064
i15	100	+	0.5238	0.4702	.2837034	0.9067
i16	99	+	0.6428	0.6008	.2788357	0.9042
i17	99	+	0.5784	0.5300	.2808863	0.9054
i18	100	+	0.5991	0.5545	.2811122	0.9051
i19	100	+	0.5221	0.4560	.2797996	0.9073
i20	99	+	0.6381	0.5937	.2774856	0.9041
i21	100	+	0.4231	0.3534	.2862184	0.9094
i22	100	+	0.6406	0.5932	.2758229	0.9040
i23	100	+	0.4895	0.4454	.288832	0.9072
i24	99	+	0.6307	0.5841	.2781044	0.9045
Test scale					.280232	0.9093

**Discusión:**

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 0.91, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

## **Capítulo IV**

### **3. PRESENTACION DE RESULTADOS**

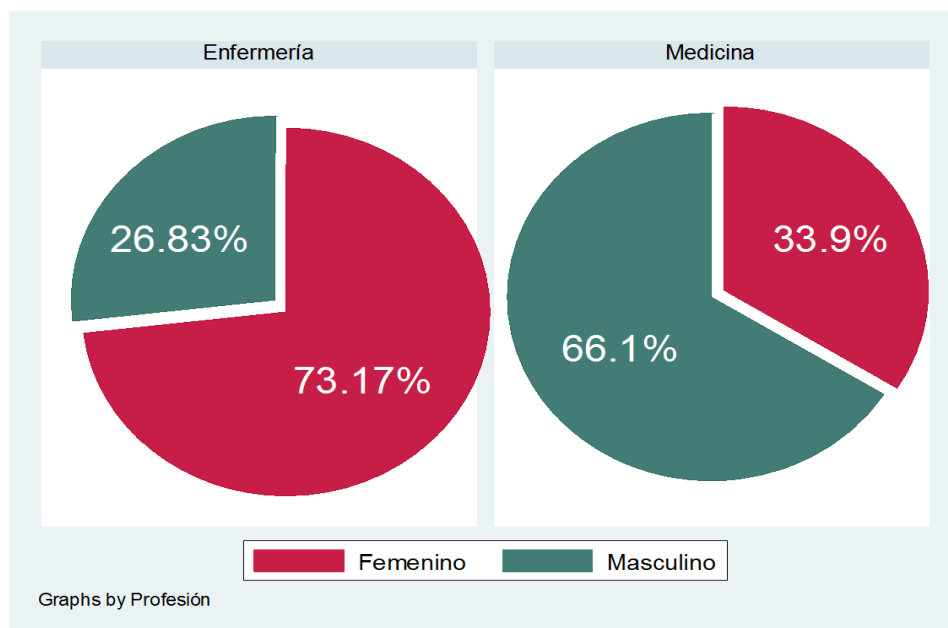
#### **4.1. Presentación e interpretación de resultados en tablas y figuras.**

Luego de haber realizado la recolección de datos se codificaron todas las preguntas para luego ser tabulados presentando los resultados en cuadros y gráficos consolidados según frecuencias absolutas y porcentuales para cada variable (independiente y dependiente) con sus dimensiones, indicadores y sus respectivas interpretaciones.

Asimismo, se elaboró la contrastación de hipótesis con el estadístico Coeficiente de Correlación de Spearman.

##### **4.1.1. Resultados descriptivos por variables y dimensiones**

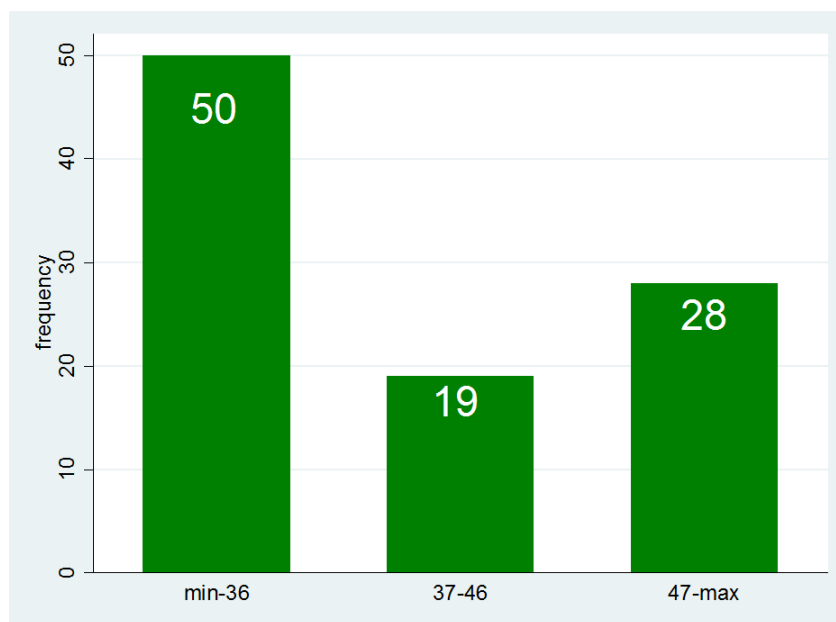
Los participantes del estudio conformaron un total de 97 personas (según sexo: 48 varones y 49 mujeres y según ocupación 39 enfermeras y 58 médicos), dentro del grupo de los médicos el 66% son varones y en el grupo de enfermeras el 73% son mujeres. Tal como se puede apreciar en la Figura 1.



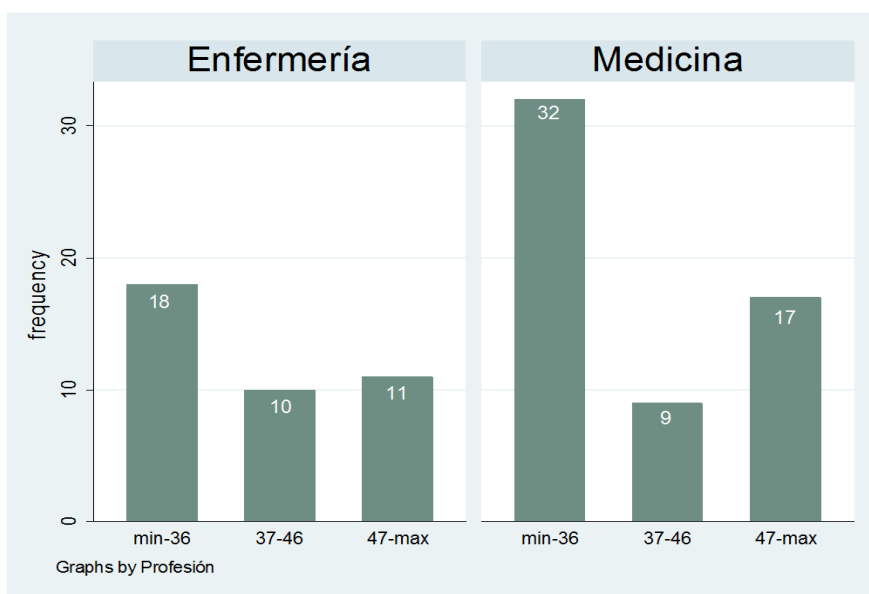
**Figura 1.** Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Género y Ocupación. Fuente: Elaboración propia

En relación con la edad de los participantes se tiene que el promedio de edad para ambos grupos es de 40 años. Siendo 27 años, la edad mínima encontrada para ambos grupos y 65 años la edad máxima para enfermeras y 64 años para médicos. Encontrándose una población predominantemente joven para ambos grupos, poco más de la mitad (50 casos) de los participantes tienen menos de 35 años. Esta predominancia de gente joven se mantuvo tanto para enfermeras como para médicos. Ver Figura 2 y 3.





**Figura 2.** Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Edad. Fuente: Elaboración propia



**Figura 3.** Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según Edad y Ocupación. Fuente: Elaboración propia

El tiempo de servicio en la institución fue de aproximadamente 12 años para las enfermeras y 9 años para los médicos. Ver Tabla adjunta.

**Tabla 5**

*Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora, según tiempo de servicio*

<b>Ocupación</b>	<b>Tiempo de Servicio (años)</b>
<b>Enfermería</b>	
media	12.92
Min	2
Max	38
<b>Medicina</b>	
media	9.27
Min	0.33
Max	31
<b>Total (media)</b>	10.77

Fuente: Elaboración propia

En relación con la Variable Independiente Inteligencia Emocional, se tiene que como promedio casi el 70% del personal de salud tiene una Inteligencia Emocional entre adecuada y excelente. Solamente un 30% tiene una baja Inteligencia Emocional

**Tabla 6.**

*Inteligencia Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital M. Auxiliadora*

<b>Inteligencia Emocional</b>	<b>Frecuencia ( 3 dimensiones)</b>	<b>Porcentaje</b>
Baja	87	29,9%
Adecuada	168	57,7%
Excelente	36	12,4%
<b>TOTAL</b>	<b>291*</b>	<b>100%</b>

\*Muestra de 97 sujetos y 3 dimensiones de IE se tienen 291 resultados.

Fuente: Elaboración propia

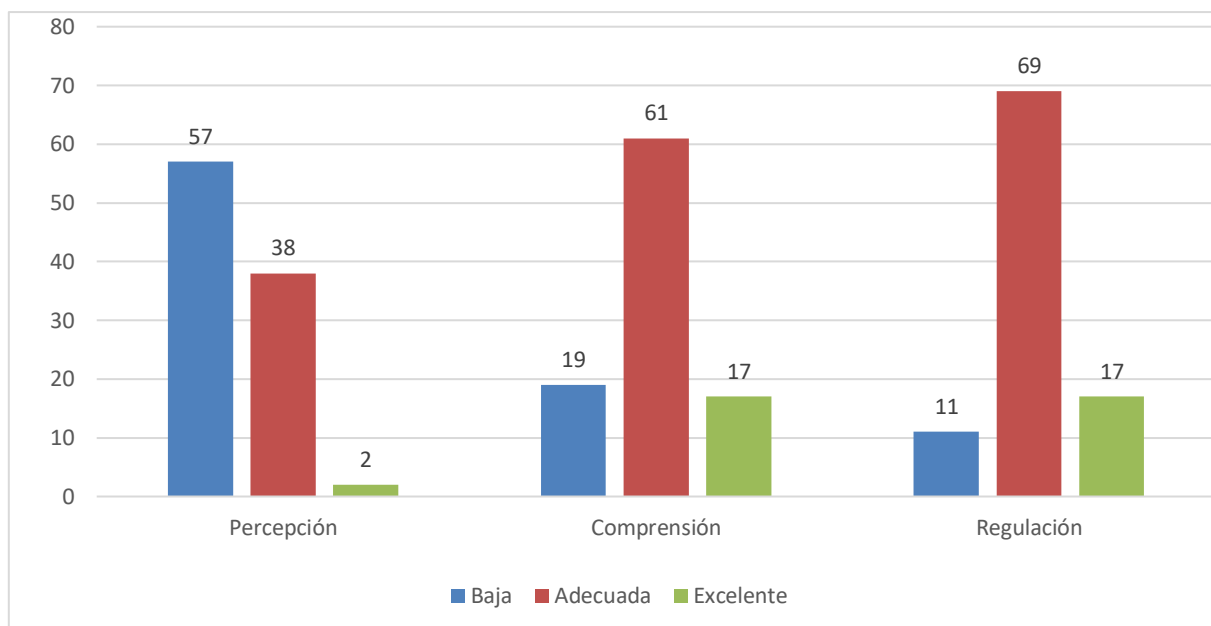
En cuanto a las dimensiones de la Inteligencia Emocional se tiene que en la Dimensión Percepción es donde el personal de salud tiene una baja el menor puntaje de Inteligencia Emocional. Ver Tabla 5 y Figura 4.

**Tabla 7**

*Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según los Componentes de la Inteligencia Emocional*

Fuente: Elaboración propia

<b>Inteligencia Emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>DIMENSIÓN PERCEPCIÓN</b>		
Baja	57	58,8%
Adecuada	38	39,2%
Excelente	2	2,0%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>
<b>DIMENSIÓN COMPRENSIÓN</b>		
Baja	19	19,3%
Adecuada	61	63,3%
Excelente	17	17,4%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>
<b>DIMENSIÓN REGULACIÓN</b>		
Baja	11	11,3%
Adecuada	69	71,1%
Excelente	17	17,6%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>



**Figura 4.** Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según los Componentes de la Inteligencia Emocional

**Tabla 8.**

Percepción Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según Ocupación

Percepción Emocional	Frecuencia	Porcentaje
<b>ENFERMERAS</b>		
Baja	22	56,4%
Adecuada	16	41%
Excelente	1	2,6%
<b>Total de Enfermeras</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>
<b>MEDICOS</b>		
Baja	35	60%
Adecuada	22	38%
Excelente	1	2%
<b>Total de Médicos</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

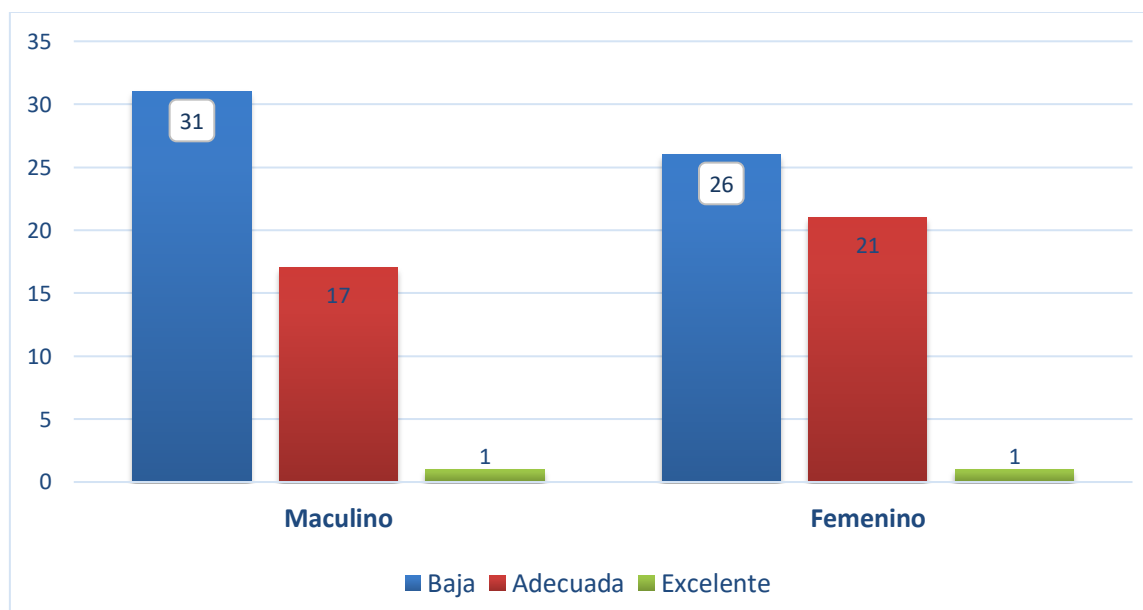
Fuente: Elaboración propia

**Tabla 9.**

Percepción Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según Género

Percepción Emocional	Frecuencia	Porcentaje
<b>FEMENINO</b>		
Baja	31	63,3%
Adecuada	17	34,7%
Excelente	1	2%
	49	100%
<b>MASCULINO</b>		
Baja	26	54,2%
Adecuada	21	43,8%
Excelente	1	2%
	48	100%

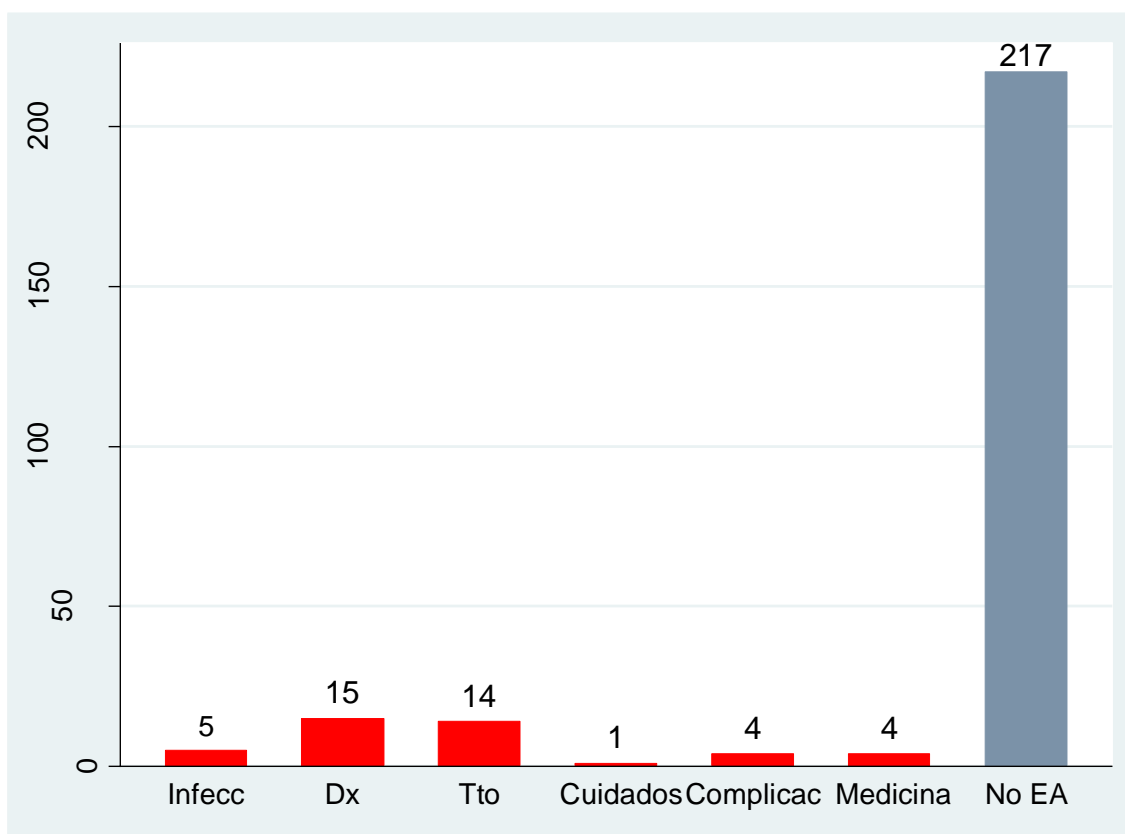
Fuente: Elaboración propia



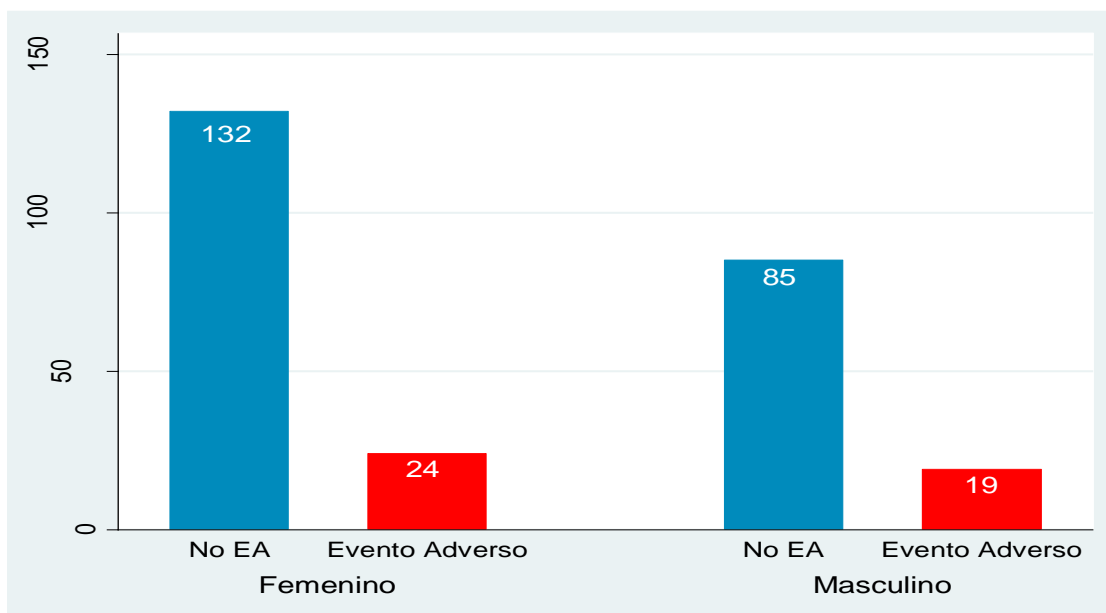
**Figura 5.** Percepción Emocional del Personal de Salud del Departamento de Emergencia del Hospital María Auxiliadora según Género. Fuente: Elaboración propia

En relación con los Eventos Adversos, la Prevalencia global de los Eventos Adversos en el Servicio de Emergencia en el periodo de estudio fue del 17,3 % (43 Eventos en 248 casos clínicos evaluados).

Los tipos de Eventos Adversos en los diversos servicios se aprecia en la siguiente figura.



**Figura 6.** Frecuencia de los diversos tipos de Eventos Adversos en la Emergencia del Hospital María Auxiliadora. Fuente: Elaboración propia



**Figura 7.** Frecuencia de Eventos Adversos según género en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora. Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.2. Prueba de normalidad

La prueba de normalidad que se utilizó para la variable inteligencia emocional es la de Kolmogórov-Smirnov, ya que la muestra es mayor de 50 ( $n = 97$ ).

Tabla 10

*Prueba de Normalidad de las variables: Inteligencia Emocional y Eventos Adversos*

Variables y dimensiones	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Inteligencia Emocional	0.634	97	0.000
Percepción	0.610	97	0.000
Comprensión	0.639	97	0.000
Regulación	0.533	97	0.000
Eventos Adversos	0.709	97	0.000

*Fuente:* Elaboración propia.

Interpretación:

Esto quiere decir que la inteligencia emocional y los eventos adversos provienen de una distribución no paramétrica, ya que el estadístico de normalidad tuvo una significancia (un valor  $p = .000 < 0.05$ ), por lo cual se rechaza la hipótesis de normalidad de las variables; por lo tanto, en ambas variables se pueden utilizar estadísticos inferenciales no paramétricos, en este caso empleamos la prueba de correlación de Spearman.

#### **4.1.3. Tablas cruzadas y contrastación de la hipótesis de investigación.**

##### **Planteamiento de la Hipótesis General**

**H<sub>0</sub>:** No existe una relación entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>a</sub>:** Existe una relación entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>0</sub>:** Hipótesis Nula

**H<sub>a</sub>:** Hipótesis Alterna

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

“El método estadístico para comprobar las hipótesis es el Coeficiente de Correlación de Spearman por ser una prueba que permitió medir aspectos cuantitativos de las respuestas que se obtuvieron en los cuestionarios, midiendo las variables de la hipótesis en estudio”.

“Coeficiente de Correlación de Spearman ( $r_s$ )” se calcula mediante la fórmula:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum (R1_i - R2_i)^2}{n(n^2 - 1)}$$



Dónde:

$r_s$  = “Coeficiente de Spearman”

$n$  = Número de datos

$R_1$  = El rango del dato  $i$  de la variable 1

$R_2$  = El rango del dato  $i$  de la variable 2

Si el  $r_s$  (Coeficiente de Spearman) se acerca a la unidad significa que existe una correlación perfecta y cuando es cero significa que no existe correlación.

### **Estadística de contraste de hipótesis general**

“La contrastación de hipótesis se utilizó el Coeficiente de Spearman para mostrar la relación significativa entre la variable independiente Inteligencia Emocional y la variable dependiente eventos Adversos”.

“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 validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del  $r_s$  (Coeficiente de Spearman), considerando un nivel de confiabilidad del 95%; obteniéndose un coeficiente de Spearman  $r_s$  de 0.05, con una significancia ( $p = 0.6344$ )”.

“Como el valor del  $r_s$  es cercano a cero y  $p > 0,05$ , entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna”; concluyendo:

*“Que no existe una relación directa y significativa entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018”.*

Tabla 11  
*Correlación entre los Eventos Adversos y la Inteligencia Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora*

		Eventos Adversos	Inteligencia Emocional
Eventos Adversos	Coefficiente de correlación	1.000	.05**
	Sig. (bilateral)	.	.634
	N	97	97
Inteligencia Emocional	Coefficiente de correlación	.05**	1.000
	Sig. (bilateral)	.634	.
	N	97	97

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación

“En relación a la correlación entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos, se obtiene de las 97 observaciones un coeficiente de Correlación de Spearman de 0.0500, con una  $p = 0.06344$ , es decir no significativa estadísticamente, por lo tanto, no existe relación entre ambas variables, como puede apreciarse en el siguiente gráfico, existe una correlación nula, es decir el hecho de tener una excelente inteligencia emocional no se relaciona con menor incidencia de eventos adversos y viceversa”.

### **Planteamiento de la Hipótesis Específica 1**

**Ho:** No existe una relación directa y significativa entre la dimensión Percepción Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**Ha:** Existe una relación directa y significativa entre la dimensión Percepción Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>0</sub>: Hipótesis Nula**

**H<sub>a</sub>: Hipótesis Alterna**

### **Contrastación de la Hipótesis Específica 1**

“Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del  $r_s$  (Coeficiente de Spearman), considerando un nivel de confiabilidad del 95%; Teniendo que el valor del  $r_s$  con un nivel de significancia (error) del 5% es de -0.0900, con una  $p = 0.3832$ ”.

“Como el valor del  $r_s$  es cercano a cero y  $p > 0,05$ , entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna”; concluyendo:

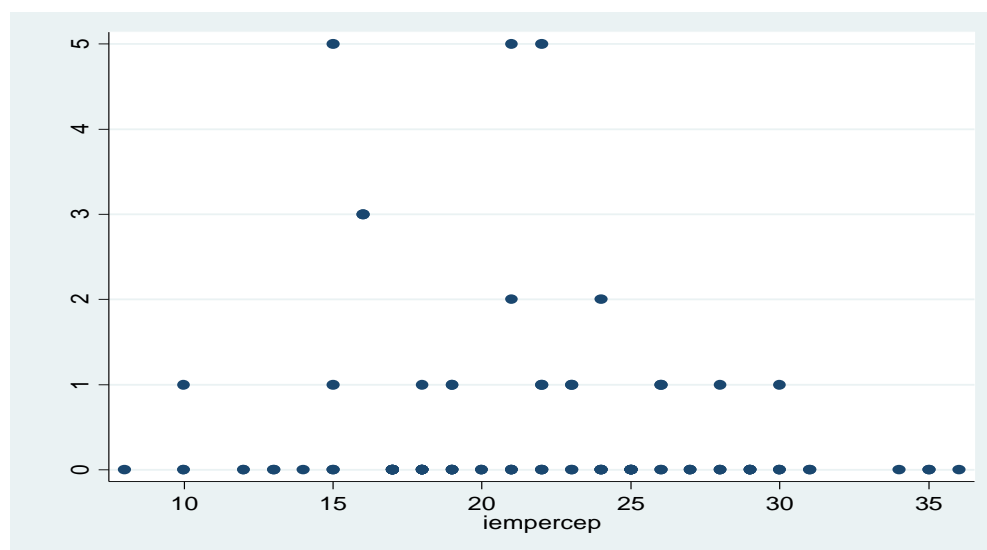
*“Que no existe una relación directa y significativa entre la dimensión Percepción Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018”.*

**Tabla 12**

*Correlación entre los Eventos Adversos y la Percepción Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora*

		Eventos Adversos		Percepción Emocional
Rho de Spearman	Eventos Adversos	Coefficiente de correlación	de 1.000	.09**
		Sig. (bilateral)	.	.383
		N	97	97
	Percepción Emocional	Coefficiente de correlación	.09**	1.000
		Sig. (bilateral)	.383	.
		N	97	97

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



**Figura 8.** Gráfico de Dispersión que relaciona los Eventos Adversos con la dimensión Percepción Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora

### Interpretación

En relación a la correlación entre la dimensión Percepción Emocional y los Eventos Adversos, se obtiene de las 97 observaciones un coeficiente de Correlación de Spearman de 0.0900, con una  $p = 0.3832$ , es decir no significativa estadísticamente, por lo tanto, no existe correlación entre ambas variables, como puede apreciarse en la gráfica 9, existe una correlación nula, es decir el hecho de tener una excelente percepción emocional no se relaciona con menor incidencia de eventos adversos y viceversa.

### **Planteamiento de la Hipótesis Específica 2.**

**H<sub>0</sub>:** No existe una relación directa y significativa entre la dimensión Comprensión Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>a</sub>:** Existe una relación directa y significativa entre la dimensión Comprensión Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>0</sub>:** Hipótesis Nula

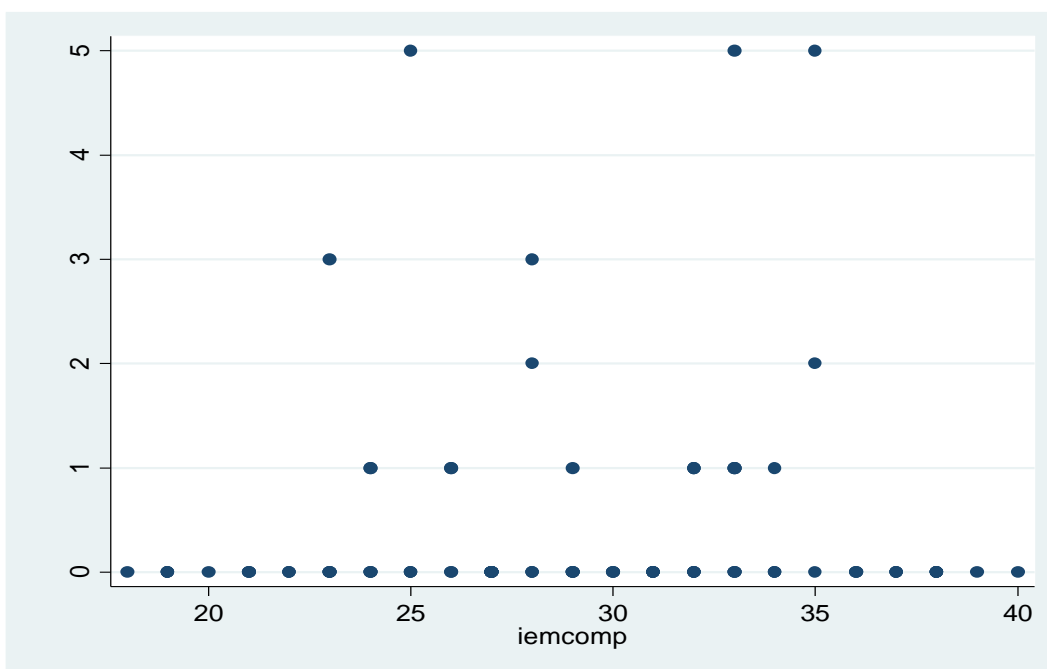
**H<sub>a</sub>:** Hipótesis Alterna

### **Contrastación de la hipótesis específica 2.**

“Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del  $r_s$  (Coeficiente de Spearman), considerando un nivel de confiabilidad del 95%; Teniendo que el valor del  $r_s$  con un nivel de significancia (error) del 5% es de 0.0431, con una  $p = 0.6749$ ”.

“Como el valor del  $r_s$  es cercano a cero y  $p > 0,05$ , entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna”; concluyendo:

*“Que no existe una relación directa y significativa entre la dimensión Comprensión Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018”.*



**Figura 8.** Gráfico de Dispersión que relaciona los Eventos Adversos con la dimensión Comprensión Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora

### Interpretación

“En relación a la correlación entre la dimensión Comprensión Emocional y los Eventos Adversos, se obtiene de las 97 observaciones un coeficiente de Correlación de Spearman de 0.0431, con una  $p = 0.6749$ , es decir no significativa estadísticamente, por lo tanto, no existe relación entre ambas variables, como puede apreciarse en el siguiente gráfico, existe una

correlación nula, es decir el hecho de tener una excelente comprensión emocional no se relaciona con menor incidencia de eventos adversos y viceversa”.

### **Planteamiento de la Hipótesis Específica 3.**

**H<sub>0</sub>:** No existe una relación directa y significativa entre la dimensión Regulación Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>a</sub>:** Existe una relación directa y significativa entre la dimensión Regulación Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018.

**H<sub>0</sub>: Hipótesis Nula**

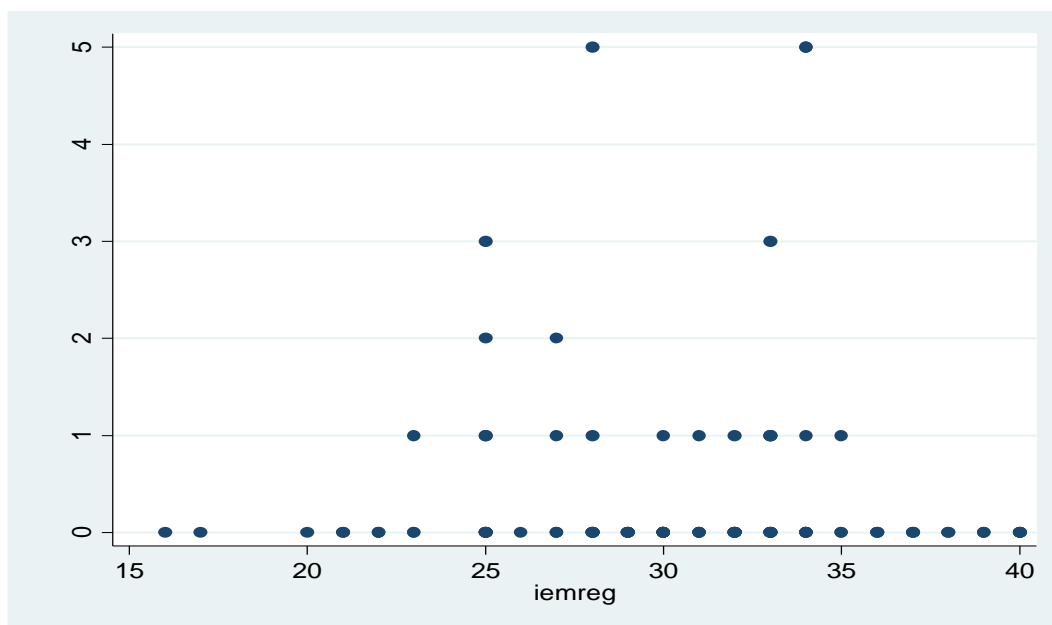
**H<sub>a</sub>: Hipótesis Alterna**

### **Contrastación de la hipótesis específica 3**

“Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del  $r_s$  (Coeficiente de Spearman), considerando un nivel de confiabilidad del 95%; **Teniendo que el valor del  $r_s$  con un nivel de significancia (error) del 5% es de -0.0673, con una  $p = 0.5147$ ”.**

“Como el valor del  $r_s$  es cercano a cero y  $p > 0,05$ , entonces aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna”; concluyendo:

*“Que no existe una relación directa y significativa entre la dimensión Regulación Emocional y los Eventos Adversos del personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018”.*



**Figura 9.** Gráfico de Dispersión que relaciona los Eventos Adversos con la dimensión Regulación Emocional del Personal de Salud de Emergencia del Hospital María Auxiliadora

### Interpretación

“En relación a la correlación entre la dimensión Comprensión Emocional y los Eventos Adversos, se obtiene de las 97 observaciones un coeficiente de Correlación de Spearman de  $-0.0673$ , con una  $p = 0.5147$ , es decir no significativa estadísticamente, por lo tanto, no existe relación entre ambas variables, como puede apreciarse en el siguiente gráfico, existe una correlación nula, es decir el hecho de tener una excelente regulación emocional no se relaciona con menor incidencia de eventos adversos y viceversa”.



## **Capítulo V**

### **5. DISCUSIÓN**

#### **5.1 Discusión de resultados obtenidos.**

En relación con los resultados hallados en el presente estudio, se corrobora la adecuada validez de la escala TMMS-24 de Inteligencia Emocional (IE), en una muestra de profesionales médicos y enfermeras. “Con respecto a la confiabilidad del instrumento de IE, los hallazgos hacen patente un alto nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach en cada una de las subescalas se constató una buena consistencia interna y homogeneidad de los ítems; estos resultados son similares a los obtenidos en los estudios que utilizaron el mismo instrumento en una población de estudiantes de enfermería, arrojando Alfas de Cronbach superiores a 0,80 en las tres dimensiones” (9).

Venegas M. Sanhueza. et al (2015). Investigación “Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería”, el TMMS-aplicado a una muestra de estudiantes de enfermería de Chile arrojó, los Alfas de Cronbach de 0,95 (95%). “Así mismo, para cada una de las dimensiones, las medidas del coeficiente Alfa de Cronbach, obtenidos fueron superiores al 85% en las 3 dimensiones, siendo en la dimensión Percepción el Alfa de Cronbach de 88%, en la dimensión Compresión de 89% y en la dimensión Regulación de 86%”. (12). Los resultados anteriores guardan relación con lo que sostiene los autores:

En lo que respecta a la relación entre la Inteligencia emocional del personal de salud del servicio de emergencia, al obtenerse el valor del Coeficiente de Correlación de Spearman

( $r_s$ ) de -0.0500, con una  $p = 0.6344$ , es decir cercano a cero y con una  $p > 0,05$ , entonces aceptamos la hipótesis nula de la no relación, es decir la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos son variables independientes.

Al revisar la literatura médica, revistas de enfermería y de psicología, tenemos que no existen estudios, nacionales o extranjeros que traten de relacionar ambas variables, para de esta forma comparar los resultados.

Entre las limitaciones encontradas en el presente trabajo debería tenerse en cuenta:

- El personal de salud al cual se aplicó el instrumento para medir la inteligencia emocional, fueron los que voluntariamente desearon participar, lo que podría constituir un sesgo de selección.

- En relación a la frecuencia de los eventos adversos la data de esta investigación se toma en función a la prevalencia de los mismos (es decir casos nuevos y antiguos), teniendo en cuenta que la incidencia es un indicador más robusto para establecer riesgos y asociaciones, esto podría constituir una limitante metodológica, que afectaría probablemente los resultados del estudio.

### **Aporte científico de la investigación**

La validación y confiabilidad de un instrumento de medición de la Inteligencia Emocional, El “Trait Meta Mood Scale”-24 (TMMS-24) de Mayer-Salovey, validada por primera vez en nuestro país, que proporciona información sobre el manejo emocional del personal de salud, tanto de medicina como de enfermería; que contribuirá en la mejora de los factores educativos, gerenciales, y personales; también, ayudará a una mejor relación médico-paciente, enfermero-paciente, al mejorar la empatía y el manejo adecuado de las emociones tanto propias como ajenas, permitiendo ser una gente adaptativo, resolviendo conflictos laborales o personales, contribuyendo a una mejor actitud frente a las presiones y

desafíos que se nos presentan en el día a día. Este instrumento demuestra también una validez transcultural.

En relación a los eventos adversos, Instrumento de registro de los eventos adversos, fue validada por juicio de expertos, podría constituirse en la base para desarrollar el primer instrumento de registro de eventos adversos en la emergencia y validarse estadísticamente.

Ser el punto de partida, en nuestra realidad, para la toma de conciencia acerca de los eventos adversos y su impacto, ya no solamente con estadísticas foráneas, sino con estadística propia, así pues, entender que en nuestro hospital por cada 10 pacientes 1 podría sufrir un evento adverso, y que esta prevalencia es mayor en determinados servicios. De esta manera, fomentar una Cultura de Seguridad del Paciente, con los resultados obtenidos de la investigación el personal, la institución y la organización tendrán nuevas herramientas para asumir los retos, desafíos y metas que se presenten, con el fin de garantizar y optimizar los servicios de salud.

## 5.2. Conclusiones

**Primera:** Se concluye la no existencia de una relación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos del personal de salud de la emergencia del Hospital María Auxiliadora (Rho=-0.05)

**Segunda:** Se concluye la no existencia de una relación entre la percepción emocional y los eventos adversos del personal de salud de la emergencia del Hospital María Auxiliadora (Rho=-0.09)

**Tercera:** Se concluye la no existencia de una relación entre la comprensión emocional y los eventos adversos del personal de salud de la emergencia del Hospital María Auxiliadora (Rho=0.0400)

**Cuarta:** Se concluye la no existencia de una relación entre la regulación emocional y los eventos adversos del personal de salud de la emergencia del Hospital María Auxiliadora (Rho= -0.0673).

### 5.3. Recomendaciones

**Primera:** El enfoque sistémico frente a los eventos adversos que se presentan en la práctica asistencial de la emergencia, con el objetivo de establecer medidas de prevención o mitigación, a través de una cultura de seguridad del paciente.

**Segunda:** El análisis de los riesgos de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la emergencia, con el fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas preventivas para evitar o mitigar su aparición.

**Tercera:** Promover la capacitación de los profesionales y toma de conciencia en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de mayor interés y de formación continua, para no continuar con falsas creencias y mitos (el paciente es indemne al error, el evento adverso no se debe documentar, etc.).

**Cuarta:** Actualizar periódicamente la información y promover las prácticas asistenciales basadas en la evidencia científica de las principales patologías del servicio y de las que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la emergencia.

**Quinta:** Implementar un Sistema de Reporte de Eventos Adversos, que nos permita el registro y seguimiento de los mismos, socialización de las lecciones aprendidas a través de los reportes de eventos, que actualmente no existe y que debería ser

voluntario, con una perspectiva de oportunidad de mejora de procesos y no con un objetivo punitivo o legal.

**Sexta:** Incentivar la cultura de seguridad del paciente, entendiendo que la potencialidad de cometer errores es inherente a la naturaleza humana y por ende en la práctica médica y ocurre incluso en los sistemas más perfectos, pero ello no se puede considerar como una excusa para dejar de buscar la máxima seguridad en la atención en salud. El conjunto de elementos que integran el sistema sanitario debe aspirar a ofrecer unos servicios de máxima calidad, garantizando una atención adecuada y segura en aras del resultado deseado. La calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente se han convertido en un reto y una prioridad de todos los sistemas sanitarios.

**Séptima:** Debido a la trascendencia del tema, continuar con la línea de investigación relacionada a los eventos adversos, plantear nuevas hipótesis, en relación a los factores de riesgo que condicionan su aparición (tiempo de estancia hospitalaria, complejidad del área hospitalaria, etc.)

## Referencias Bibliográficas

- Aguirre-Gas, Héctor; Vázquez, Felipe. (2016). *Revista CIR CIRUJ*. 74(6), noviembre–diciembre de 2016.
- Aiken, l; (2012). Equipo de enfermeras en el hospital y mortalidad de pacientes. Burnout en enfermeras e insatisfacción en el trabajo. *JAMA*. 288: 1987-1993.
- Alfonzo, c., Yáber, G. y Farrera, M. (2015) *Medición y Desarrollo de Competencia en Directivos y Docentes de Educación Superior*. Universidad Simón Bolívar. Venezuela.
- Alvarado C. (2014) *Relación entre clima organizacional y cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval Lima- Perú*. 2014.
- Aranaz Andrés, Aibar-Remón (2011) Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calid Asist.*; 26(3):194—200.
- Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. (2010) Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Med Educ*, 44(8):749–764.
- Bernal Ruiz D., Garzón N. (2018) *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Especialización en Cuidado Crítico Bogotá.
- Blue AV, Chessman AW, Gilbert GE, Mainous AG 3<sup>rd</sup>. (2015) Responding to patients' emotions: important for standardized patient satisfaction. *Fam Med 2015*, 32(5):326–330.
- Bohomol E, Ramos LH. (2005) Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. 60(1):32-69.

- Boon How Chew, Azhar et al. (2013). Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 2013, 13:44. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/44>.
- Campaña, Gonzalo. (2006) Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte I. Generalidades. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol. 58 - Nº 3,
- CIE (2012) Seguridad de los pacientes, declaración del consejo internacional de enfermeras. Adoptada en 2012.
- Codier E, Kooker BM, Shoultz J. (2008). Measuring the Emotional Intelligence of Clinical Staff Nurses: An Approach for Improving the Clinical Care Environment. *Nurs Adm Q*, 32(1):8–14.
- Cousins, Calnan. (1999). Sistema de reporte en errores en la medicación. Asociación farmacéutica americana; p.18.1-20.
- Del Rio J., Munares, A. (2013) *Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú*.
- Donchin (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med*. Vol. 23. Pág. 294-300.
- Franco, Astolfo. (2015) La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia médica*. Vol. 36 No. 2, abril - junio 2015.
- Gallotti RMD. (2014) Eventos adversos: o que são? *Rev. Assoc. Med. Bras*; 50(2):109-26.
- Goleman Daniel (1997). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires. Argentina.
- Gómez O., Arenas W. (2011) *Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia*.
- Gómez, Isabel. Espinoza, Ángela. (2006) Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. *Aquichan*. Volumen 6.
- Hernández, Fernández y Baptista. (2016) Metodología de la Investigación: p. 58 – 62.



- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (1999) *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Adademy Press; 1999.
- Leape LL. (1994) *Error in Medicine*. MD JAMA; 272:1851-1857.
- Lepe LL. Instituto de Medicina de los Estados Unidos. (1999). Informe *To err is human:building a safer health system – Errar es humano: construyendo un sistema seguro de salud*. Washington D.C., 1999.
- Maurice, Steve T. (2015) *Educación con inteligencia emocional*. Traducción Castellano de Patricia Antón. 5ta. edición.
- Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. (2015) Revisão dos estudos da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol*; 8(4):393-406.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2017) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo 2017.  
<http://www.ms.es./organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf.2>.
- MINSA. (2009). R.M N° 727 – 2009/MINSA. Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos.
- Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. (2008). Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays *Rev. Latino-am. Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 jun 15]; 16(4):746-51. Availabe from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf).
- Oré M. (2010) *Representaciones Sociales de las Enfermeras sobre la Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente*. Lima
- Ortiz, Zulma. (2014) *Error en medicina: un flagelo oculto*. Academia nacional de medicina. Centro de investigaciones epidemiológicas. Argentina.

- Padilha KG. (2014) *Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem*. In: Cassiane SHB, Ueta J. *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Médicas; p. 111-21.
- Prahalad C; K Hamel. (1990) The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, 68 (3) p. 79–91.
- Ramos, D. Benito. (2015) Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 31, No. 3, julio – septiembre de 2015.
- Reason J. (2009) *El error humano*. Madrid: Modus Laborandi.
- Restrepo, Francisco. (2017) Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación. Ministerio de la protección social, febrero de 2017.
- Roble, R. (2012) Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Sociedad española de Enfermería intensiva y Unidades Coronaria*; Vol. 13. Pág. 47-56.
- Sánchez y Reyes. *Metodología y Diseños de la Investigación Científica*. P. 87 (51).
- Satterfield J, Swenson S, Rabow M. (2019) Emotional Intelligence in Internal Medicine Residents: Educational Implications for Clinical Performance and Burnout. *Ann Behav Sci Med Educ*, 14(2):65–68.
- Skodová M., Velasco M., Fernández M. (2011) *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*. España.
- Solar L. (2014) *Seguridad del paciente en los Cuidados de Enfermería*.
- Souza RB, Silva MJP, Nori A. (2017) Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Rev Gaúcha Enferm*; 28(2):242-9

- Stratton TD, Elam CL, Murphy-Spencer AE, Quinlivan SL. (2015) Emotional Intelligence and Clinical Skills: Preliminary Results from a Comprehensive Clinical Performance Examination. *Acad Med*, 80(Suppl 10): S34–S37.
- Tanferri de Brito, Braga, Queren de Pádua. (2014) Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermería Global N° 34 Abril*: 206.
- Teques, A. P., Llorca-Ramón, G., Bueno-Carrera, G., Pais-Ribeiro, J. & Teques, P. (2015). Desenvolvimento e Avaliação das Características Psicométricas do Questionário de Auto-Percepção de Inteligência Emocional (QIE-AP). *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(2), 270-279.
- Terry D. Stratton, Carol L. Elam, Amy E. Murphy-Spencer. (2015) Emotional Intelligence and Clinical Skills: Preliminary Results from a Comprehensive Clinical Performance Examination. *Academic Medicine*, Vol. 80, No. 10 / October 2015 Supplement.
- Torres L. (2011) *Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería*. Julio 2011.
- Varela S. (2013) *Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería*. Junio 2013.
- Venegas M. Sanhueza-Alvarado O, Ramírez N. (2015) Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. ene.-feb. 2015;23(1):139-147.
- World Health Organization. (2019) World alliance for patient safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Genève; 2019 [cited 2019 dez 19]. (Final Technical Report). [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). 2).

Wu AW. (2000) Medical error: the second victim. *West J Med*; 172(6): 358-9.

## **ANEXOS**

Anexo 1. Matriz de consistencia

<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis General</b>	<b>VARIABLES e Indicadores</b>	<b>Metodología</b>
<p>¿Qué relación existe entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia? Hospital María Auxiliadora. SJM 2018?</p>	<p>Determinar si existe relación entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018</p>	<p>Existe relación directa y significativa entre la Inteligencia Emocional y los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.</p>	<p><b>Variable Independiente:</b> La inteligencia emocional, y sus Dimensiones: •Percepción Comprensión •Regulación</p>	<p>Tipo de investigación: Cuantitativa d corte transversal</p> <p>Diseño: No experimental, modalidad exploratoria Descriptivo – Transversal.</p>
<p><b>Problemas específicos</b></p> <p>1. ¿De qué manera se relaciona la Inteligencia Emocional en su dimensión Percepción con los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018?</p> <p>2. ¿De qué manera se relaciona la Inteligencia Emocional en su dimensión Comprensión con los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018?</p> <p>3. ¿De qué manera se relaciona la Inteligencia Emocional en su dimensión Regulación con los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora, SJM 2018?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1. Establecer si la Inteligencia Emocional (Dimensión Percepción) se relaciona con los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.</p> <p>2. Establecer si la Inteligencia Emocional (Dimensión comprensión) se relaciona con los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.</p> <p>3. Establecer si la Inteligencia Emocional (Dimensión regulación) se relaciona con los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018</p>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>1. Existe relación directa y significativa entre la Inteligencia Emocional (Dimensión percepción) y los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.</p> <p>2. Existe relación directa y significativa entre la Inteligencia Emocional (Dimensión comprensión) y los Eventos Adversos del personal sanitario del departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.</p> <p>3. Existe relación directa y significativa entre la Inteligencia Emocional (Dimensión regulación) y los Eventos Adversos del personal sanitario del servicio de departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora. SJM 2018.</p>	<p><b>Variable Dependiente:</b> Los Eventos Adversos y sus Componentes: •Procedimientos con Complicaciones •Infecciones Intrahospitalarias •Error Diagnóstico •Error en Tratamiento •Complicaciones de los cuidados</p>	<p>Población: 226 Muestra: 97</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumento: El Trait Meta-Mood Scale de 24 ítems (TMMS-24)</p>

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

## **INSTRUMENTO PARA MEDIR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL**

### **INTELIGENCIA EMOCIONAL**

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

Este cuestionario contiene una serie de frases relativamente cortas que permite hacer una descripción de cómo se siente en su trabajo. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúe.

Debe responder marcando con un aspa (X) según corresponda, según la siguiente escala:

**1. Muy de acuerdo**

**2. De acuerdo**

**3. En desacuerdo**

**4. En muy en Desacuerdo**

## INTELIGENCIA EMOCIONAL

DIMENSIONES	INDICADORES	(MA)	(A)	(D)	(MD)
A.- PERCEPCIÓN	1. Atención a los sentimientos				
	2. Preocupación por lo que siento				
	3. Dedicar a pensar en las emociones				
	4. Merece la pena pensar en mis emociones y ánimo				
	5. Dejo que mis sentimientos afecten mis pensamientos				
	6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente				
	7. A menudo pienso en mis sentimientos				
	8. Presto mucha atención a como me siento				
B.- COMPRENSIÓN	9. Tengo claro mis sentimientos				
	10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos				
	11. Casi siempre sé cómo me siento				
	12. Conozco mis sentimientos sobre las personas				
	13. Me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones				
	14. Siempre puedo decir cómo me siento				
	15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones				
	16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos				
	17. Aunque me sienta triste tengo visión optimista				
	18. Aunque me sienta mal procuro pensar en cosas agradables				
C.- REGULACIÓN	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				

**Fuente:** Las 3 Dimensiones del Instrumento TMMS-24 de estudiantes de enfermería, Concepción, Chile, 2012. Validación del Constructo: Medida de la inteligencia Emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. ene.-feb. 2015;23(1):139-147.



## FICHA DE REGISTRO DE LOS EVENTOS ADVERSOS

### Tipo de Evento Adverso

### Subtipos

RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN O TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Error de Medicamento <input type="checkbox"/></li> <li>• Reacción Adversa Medicamentosa <input type="checkbox"/></li> <li>• Retraso o Ineficacia de Tratamiento <input type="checkbox"/></li> <li>• Otros <input type="checkbox"/></li> </ul>
RELACIONADOS CON INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección de sitio quirúrgico o de herida <input type="checkbox"/></li> <li>• Bacteriemia asociada a dispositivo <input type="checkbox"/></li> <li>• Sepsis o Shock Séptico. <input type="checkbox"/></li> <li>• Neumonía (incluye por aspiración, NAV) <input type="checkbox"/></li> <li>• Otros <input type="checkbox"/></li> </ul>
RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia o hematoma <input type="checkbox"/></li> <li>• Lesión de un órgano <input type="checkbox"/></li> <li>• Cirugía ineficaz o incompleta <input type="checkbox"/></li> <li>• Perforación <input type="checkbox"/></li> <li>• Hematuria <input type="checkbox"/></li> <li>• Neumotórax <input type="checkbox"/></li> <li>• Otros <input type="checkbox"/></li> </ul>
RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcera por presión <input type="checkbox"/></li> <li>• Flebitis <input type="checkbox"/></li> <li>• Caídas y fracturas consecuentes <input type="checkbox"/></li> <li>• Problemas en la administración de fluidos o sangre <input type="checkbox"/></li> <li>• Complicación por inmovilización prolongada <input type="checkbox"/></li> <li>• Otros <input type="checkbox"/></li> </ul>
RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso diagnóstico <input type="checkbox"/></li> <li>• Error diagnóstico <input type="checkbox"/></li> <li>• Otros <input type="checkbox"/></li> </ul>

### Fuentes:


- **Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos Adversos.** Instrumento utilizado por el Ministerio de salud, de nuestro país como medida para implementar su Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727 – 2009/MINSA.
- **Cuestionario Modular para Identificación de Eventos Adversos** por Revisión de Historias Clínicas del PROYECTO IDEA (Identificación de Eventos Adversos)

Anexo 3. Base de datos

Número de encuestados	Edad	Sexo	Profesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	EA	
1	49	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	5	4	5	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	3	1	
2	60	1	1	2	5	3	5	1	3	2	3	2	4	4	4	3	3	5	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	
3	33	0	1	5	4	4	4	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	4	5	5	5	5	2	3	5	5	0	
4	45	1	1	4	4	3	4	2	2	2	3	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	
5	44	0	1	4	2	2	2	2	2	1	1	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	1	3	4	4	4	1	
6	37	1	1	4	2	4	4	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	0	
7	33	1	1	2	4	4	5	2	2	2	2	5	5	5	4	2	4	4	5	5	4	2	4	4	4	4	4	5	
8	30	1	1	3	2	2	5	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	4	4	4	3	3	2	
9	31	1	1	4	3	3	5	2	1	2	1	5	5	4	5	4	4	3	5	1	3	3	3	3	3	4	4	1	
10	47	1	1	5	4	5	5	1	2	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	2	4	5	3	5	3	
11	50	1	1	2	3	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0	
12	36	1	1	5	4	4	5	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	0	
13	49	0	1	4	2	2	3	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	5	5	4	4	3	5	4	0	
14	35	0	1	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	1	
15	56	1	1	2	2	2	3	1	1	1	3	5	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	5	3	1	
16	52	1	1	5	3	2	5	1	2	2	2	4	4	5	5	5	5	1	3	3	3	4	5	5	5	5	3	1	
17	30	0	1	4	4	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	
18	36	0	1	3	2	3	3	1	2	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	1	
19	62	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	3	3	3	4	4	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	
20	38	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	1	2	4	2	5	3	2
21	36	1	1	3	2	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	2	3	4	3	4	4	4	3	1	1	4	3	2	
22	41	1	1	3	2	2	5	1	2	2	2	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	0	
23	56	1	1	4	4	4	3	4	3	3	3	5	4	4	4	4	5	4	3	3	5	5	3	4	4	5	4	3	
24	44	0	1	3	2	3	4	2	2	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	5	4	5	5	1	
25	36	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	5	4	5	5	2	3	3	3	3	2	3	2	2	5	2	
26	53	1	1	3	3	3	4	1	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	2	5	3	4	5	3	
27	58	1	1	3	4	1	2	1	1	1	2	5	3	2	4	3	5	3	3	3	4	2	2	3	4	3	5	2	0
28	30	0	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	4	2	4	1	2	3	3	0	
29	50	1	1	4	2	2	3	1	2	2	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	2	3	5	3	1
30	46	1	1	2	3	1	3	1	1	2	2	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	3	5	3	5	4	1	
31	60	1	1	3	2	2	3	1	1	3	3	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	2	2	5	5	1	
32	60	1	1	1	2	4	5	1	1	2	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	2	
33	36	1	1	5	5	4	5	2	2	3	3	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	0	
34	51	1	1	4	5	4	3	3	3	4	4	5	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	5	4	1	
35	30	0	1	3	4	2	4	3	2	3	2	2	2	2	4	3	1	1	1	3	2	1	3	4	3	4	3	0	
36	28	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4	3	4	3	4	3	1	
37	27	0	1	4	3	4	4	1	3	3	3	2	3	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	5	3	0
38	27	1	1	2	5	4	4	2	3	2	3	3	3	4	4	4	3	3	3	5	5	4	3	3	4	4	5	1	
39	30	1	1	4	3	3	3	1	1	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	1	2	4	0	
40	45	1	1	4	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	
41	33	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	
42	41	1	1	5	4	3	4	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	5	4	3	4	4	5	3	0	
43	35	1	1	2	3	2	4	1	2	2	2	5	3	4	4	4	4	4	5	4	4	3	2	3	4	5	4	2	
44	29	0	1	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	4	3	4	2	4	5	4	0	
45	28	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	
46	34	1	1	4	3	2	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	2	3	2	4	4	4	4	5	2	4	5	0
47	36	1	1	3	2	2	3	1	2	2	2	4	3	2	2	2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	5	4	1



Anexo 4: Evidencia digital de similitud



Inteligencia emocional y eventos adversos del personal de salud del servicio de emergencia de un Hospital Público Nivel...


1 de 1

Resumen de coincidencias

24 %

1	www.scielo.br Fuente de Internet	2 %
2	cybertesis.unmsm.edu.... Fuente de Internet	2 %
3	repositorio.uv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	www.javeriana.edu.co Fuente de Internet	1 %
6	mafiadoc.com Fuente de Internet	1 %
7	www.redalyc.org Fuente de Internet	1 %

UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS E INFORMÁTICA  
ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA



**TESIS**

Inteligencia emocional y eventos adversos del personal de salud del servicio de emergencia de un Hospital Público Nivel III, Lima, 2018.

**AUTORES:**  
Carpollza Caceresza, Edgardo  
Amigo Castro, Victor

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestría en Investigación y Docencia Universitaria

**ASESOR:**  
Mg. Zorale Basadreza, Jhony Alex  
ORCID: 0000-0001-6414-1115

**LIMA - PERÚ**  
2020

Text-only Report | High Resolution

Activado

Página: 1 de 90

Número de palabras: 139 11

Anexo 5: Autorización de publicación en el repositorio



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN  
DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN O TESIS  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPCI

1.- DATOS DEL AUTOR

Apellidos y Nombres: CHAPOÑAN CAMARENA EDGARDO

DNI: 09622086 Correo electrónico: echcamarena@gmail.com

Domicilio: Jr. Huascar 572 urb. Trebol – Los Olivos

Teléfono fijo: --- Teléfono celular: 954486355

2.- IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO Ó TESIS

Facultad/Escuela: ESCUELA DE POSGRADO

Tipo: Trabajo de Investigación Bachiller ( ) Tesis (X)

Título del Trabajo de Investigación / Tesis:

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EVENTOS ADVERSOS DEL PERSONAL  
DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO  
NIVEL III, LIMA 2018

3.- OBTENER:

Bachiller ( ) Título ( ) Mg. (X) Dr. ( ) PhD. ( )

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

Por la presente declaro que el documento indicado en el ítem 2 es de mi autoría y exclusiva titularidad, ante tal razón autorizo a la Universidad Peruana Ciencias e Informática para publicar la versión electrónica en su Repositorio Institucional (<http://repositorio.upci.edu.pe>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art23 y Art.33.

Autorizo la publicación de mi tesis (marque con una X):

(X) Sí, autorizo el depósito y publicación total.

( ) No, autorizo el depósito ni su publicación.

Como constancia firmo el presente documento en la ciudad de Lima, a los 14 días del mes de ENERO de 2021.



Firma



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN O TESIS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPCI

### 1.- DATOS DEL AUTOR

Apellidos y Nombres: ARROYO CASTRO VICTOR ALEJANDRO  
DNI: 43952807 Correo electrónico: victorarroyocastro@gmail.com  
Domicilio: Calle Aries 1143 COOP. Virgen del Rosario Los Olivos - Lima  
Teléfono fijo: --- Teléfono celular: 988993322

### 2.- IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO Ó TESIS

Facultad/Escuela: ESCUELA DE POSGRADO  
Tipo: Trabajo de Investigación Bachiller ( ) Tesis (X)  
Título del Trabajo de Investigación / Tesis:  
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EVENTOS ADVERSOS DEL PERSONAL  
DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO  
NIVEL III, LIMA 2018

### 3.- OBTENER:

Bachiller ( ) Título ( ) Mg. (X) Dr. ( ) PhD. ( )

### 4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

Por la presente declaro que el documento indicado en el ítem 2 es de mi autoría y exclusiva titularidad, ante tal razón autorizo a la Universidad Peruana Ciencias e Informática para publicar la versión electrónica en su Repositorio Institucional (<http://repositorio.upci.edu.pe>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art23 y Art.33.

Autorizo la publicación de mi tesis (marque con una X):

(X) Sí, autorizo el depósito y publicación total.

( ) No, autorizo el depósito ni su publicación.

Como constancia firmo el presente documento en la ciudad de Lima, a los  
14 días del mes de ENERO de 2021.



Firma

Anexo 6: Matriz de Validación por juicio de expertos

**MATRIZ PARA VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

Objetivo específico	Variable	N° Ítem	CONTENIDO		Observaciones
			Claridad	Congruencia	
Percepción	I. Emocional	1-8	C	C	----
Comprensión	I. Emocional	9-17	C	C	----
Regulación	I. Emocional	18-24	C	C	----

**CRITERIO:**

Validez de criterio, por medio de la CLARIDAD Y CONGRUENCIA de cada ítem y se realiza mediante juicio de expertos

**INSTRUCCIONES:**

En las columnas de CLARIDAD Y CONGRUENCIA indique con una "C" si se considera CORRECTA o con una "I" si se considera INCORRECTA, la relación de cada aspecto con el ítem, en función de la variable correspondiente.  
Si lo cree conveniente, adicione sus observaciones

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO**

**Apellidos y nombres:** MIRIAM PORTUGUEZ SÁNCHEZ

**DNI:** 45509974

**Grado Académico y Profesión:** GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN TRIBUTACIÓN  
CONTADOR PÚBLICO COLEGIADO

**Firma:**



C.P.C. Miriam Portuguez Sánchez  
MAT. N° 49142

### MATRIZ PARA VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Objetivo específico	Variable	N° Ítem	CONTENIDO		Observaciones
			Claridad	Congruencia	
Percepción	I.Emocional	1-8	C	C	—
Comprensión	I.Emocional	9-17	C	C	—
Regulación	I.Emocional	18-24	C	C	—

**CRITERIO:**

Validez de criterio, por medio de la CLARIDAD Y CONGRUENCIA de cada ítem y se realiza mediante juicio de expertos

**INSTRUCCIONES:**

En las columnas de CLARIDAD Y CONGRUENCIA indique con una "C" si se considera CORRECTA o con una "I" si se considera INCORRECTA, la relación de cada aspecto con el ítem, en función de la variable correspondiente.

Si lo cree conveniente, adicione sus observaciones

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO**

Apellidos y nombres: Dionicio Ponciano Ana

DNI: 10090028

Grado Académico y Profesión: Maestra en Gestión en los Servicios de Salud.  
Lic en Enfermería

Firma: 

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
LIC. ANA P. DIONICIO PONCIANO



**MATRIZ PARA VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

Objetivo específico	Variable	N° Ítem	CONTENIDO		Observaciones
			Claridad	Congruencia	
PERCEPCIÓN	I. EMOCIONAL	1 - 8	C	C	✓
COMPRESIÓN	I. EMOCIONAL	9 - 17	C	C	✓
REGULACIÓN	I. EMOCIONAL	18 - 24	C	C	✓

**CRITERIO:**

Validez de criterio, por medio de la CLARIDAD Y CONGRUENCIA de cada ítem y se realiza mediante juicio de expertos

**INSTRUCCIONES:**

En las columnas de CLARIDAD Y CONGRUENCIA indique con una "C" si se considera CORRECTA o con una "I" si se considera INCORRECTA, la relación de cada aspecto con el ítem, en función de la variable correspondiente.  
Si lo cree conveniente, adicione sus observaciones

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO**

Apellidos y nombres: Alvizuri Gómez, Edgar

DNI: 15428474

Grado Académico y Profesión: Doctor en Educación, Lic. en Enfermería

Firma:   
**HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**  
**Edgar L. Alvarez Gomez**  
**ENFERMERO - SUPERVISOR**  
**OSP. 18158 - RUE. 18-08**  
**REN. 619 - RES. 02**