



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Inteligencia emocional y prácticas de liderazgo en el
personal médico de la
Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna, 2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTOR:

Br. Rey David Conde Visa.

ASESOR:

Mgr. Mónica Yesina Robles Ramírez.

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACION:

Salud Pública

PERÚ – 2018

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Albina:

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Simón:

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

A Rosario:

Por ser una madre ejemplar, a quien agradezco por darme unas lindas hijas y admiro su tenacidad y tolerancia.

A mis lindas hijas Aracelly, Káren, Karelly:

Por demostrarme su infinito amor, a ellas que son mi luz al final del túnel, a ellas que son mi esperanza, mi orgullo y mi futuro.

A mis hermanos y amigos:

Que desinteresadamente me han demostrado lo mejor de ellos.

¡A todos los hombres que con sus brillantes ideas han revolucionado el mundo...!!!!

AGRADECIMIENTO

¡A mis maestros de ayer, hoy y siempre...!

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **Rey David Conde Visa**, estudiante del programa de maestría en Gestión de Servicios de la Salud, de la Escuela de Post Grado de la Universidad “Cesar Vallejo” identificado con DNI Nro. 29703356, con la Tesis titulada “Inteligencia emocional y prácticas de liderazgo en el personal médico de la MicroRed Metropolitano de la Red de Salud Tacna, 2018”.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- 1.- La tesis es de mi autoría,
- 2.- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3.- La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener un grado académico previo o título profesional.
- 4.- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aporte a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena), o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mí acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de Universidad César Vallejo.

Trujillo, 12 de junio del 2018



Rey David Conde Visa.
DNI. Nro. 29703356

PRESENTACIÓN

Distinguidos miembros del jurado. Dra. Danila Diana Huanco Apaza, Dr. Luis Asunción López Puycan, Mgr. Mónica Yesina Robles Ramírez. Con el respeto que se merecen por ser dignos representantes de la comunidad científica, ante Uds. presento la tesis titulada “Inteligencia emocional y prácticas de liderazgo en el personal médico de la MicroRed Metropolitana de la Red de Salud Tacna, 2018”. El presente trabajo de investigación aborda una de las dimensiones más importantes que todo servidor médico debe de fortalecer: su inteligencia emocional y capacidad de liderazgo. Dichos talentos son inherentes a la labor diaria y tienen que ser potenciados para brindar un buen servicio, así como para cumplir con las metas institucionales trazadas. Investigaremos las características de liderazgo según las principales variables sociodemográficas y laborales, así como el nivel de inteligencia emocional en el personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018.

El trabajo servirá para establecer la línea de base diagnóstica de las condiciones en las cuales se encuentra el capital humano medico asistencial y proponer estrategias de mejora continua que permitan potenciar los talentos encontrados o generar actividades para que el personal pueda adquirir dichas potencialidades. Y dando cumplimiento al reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Grado académico de Maestro en Gestión de los servicios de la Salud. Espero haber cumplido los estándares mínimos internacionales en la elaboración de la presente tesis y sea un aporte a la comunidad internacional. Espero de Uds. mi más grande anhelo. **Gracias.**

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCION	11
1.1. Realidad problemática	11
1.2. Trabajos previos	13
1.3. Teorías relacionadas al tema	21
1.3.1. Teoría del liderazgo e Inteligencia emocional (IE)	21
1.3.2. Componentes de la Inteligencia Emocional	24
1.3.3. Estilos de liderazgo	25
1.3.4. EL Cuestionario de liderazgo: Inventario de prácticas de liderazgo de MLQ Forma 5X Corta de B. BASS Y B. AVOLIO	27
1.3.5. El Test de inteligencia emocional de Law y Wong (2002)	28
1.3.6. La medición de la Inteligencia Emocional	29
1.3.7. El liderazgo en el siglo XXI	30
1.3.8. El liderazgo en salud	31

1.3.9. El liderazgo compartido: lo actual.....	33
1.3.10. Marco conceptual	34
1.4. Formulación del problema	34
1.5. Justificación del estudio.....	35
1.6. Hipótesis	36
1.7. Objetivos	36
2 MÉTODO	38
2.1 Diseño de investigación.....	38
2.2 Variables, operacionalización	39
2.3 Población y muestra.....	42
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	42
2.5 Métodos de análisis de datos	46
2.6 Aspectos éticos	46
III. RESULTADOS	47
3.1 Presentación de resultados:	47
3.2. Comprobación de hipótesis	64
3.2.1. Verificación estadística de primera hipótesis específica	64
3.2.2 Verificación estadística de segunda hipótesis específica	66
3.2.3 Verificación estadística de tercera hipótesis específica.....	67
IV. DISCUSIÓN.....	70
V. CONCLUSIONES.....	74
VI. RECOMENDACIONES	75
VII. REFERENCIAS.....	76
ANEXOS	82

RESUMEN

Estudio que pretende identificar las características de liderazgo y su nivel de asociación con la inteligencia emocional y sus variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018. Se realizó una investigación observacional, prospectiva de corte transversal analítico. Se utilizaron los instrumentos de liderazgo de MLQ Forma 5X Corta de B. Bass y B. Avolio y Instrumento desarrollado para medir inteligencia emocional de Law y Wong. Resultados: El 76,7% de los médicos se encuentran con un nivel de inteligencia emocional media. El promedio de puntaje alcanzado fue de 82.17 con una DE de 3.03. No hubo diferencia según establecimiento de procedencia ($p:0.895$). La edad no estuvo asociada a inteligencia emocional, ($p:0.722$) pero el tiempo de servicio sí ($p:0.011$). El 73.3% de los médicos presentan un nivel de liderazgo medio. Se encontró que en las cinco dimensiones del liderazgo transformacional y las 3 de la dimensión transaccional predomina la condición de capacidad de liderazgo bajo. El tipo de Liderazgo preferido por el grupo de estudio es el *laissez faire* (100% de la población en estudio). Existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y el liderazgo. No hubo diferencia según características sociodemográfica.

Palabras clave: Inteligencia emocional, liderazgo.

ABSTRACT

Study that aims to identify leadership characteristics and their level of association with emotional intelligence and its sociodemographic and work variables of the medical staff of the Metropolitan Micro Network of the Tacna Health Network, 2018. An observational, prospective cross-sectional investigation was carried out analytical. MLQ Leadership Tools Forma 5X Short of B. Bass and B. Avolio and Instrument developed to measure emotional intelligence of Law and Wong. The results were 76.7% of doctors are at a level of average emotional intelligence. The average score was 82.17 with a DE of 3.03. There was no difference according to establishment of origin (p: 0.895). Age was not associated with emotional intelligence, (p: 0.722) but service time did (p: 0.011). 73.3% of physicians have a medium level of leadership. It was found that in the five dimensions of transformational leadership and 3 of the transactional dimension, the condition of low leadership capacity predominates. The type of Leadership preferred by the study group is laissez faire (100% of the study population). There is a directly proportional relationship between emotional intelligence and leadership. There was no difference according to sociodemographic characteristics.

Keywords: Emotional intelligence, leadership.

I. INTRODUCCION

1.1. Realidad problemática

Los recursos humanos para la salud son la piedra angular en la prestación de servicios de salud, pero siguen siendo una barrera paralizante en entornos de escasos recursos donde escasean los recursos humanos o están mal administrados(1). Esta escasez ha obstaculizado los esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud sostenibles. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el mundo, se pide a los países que se centren en crear "verdaderos líderes de la atención médica" no solo administradores, impulsar la agenda de los ODS(2). Como resultado, un pilar transversal dentro de los enfoques de fortalecimiento del sistema de salud incluye mejorar el liderazgo para crear una fuerza de trabajo de salud que sea receptiva, justa y eficiente dados los recursos y circunstancias disponibles.

Dado que ciertos estilos de liderazgo se han asociado con mejores entornos de trabajo y una mayor retención de excelentes profesionales, el liderazgo transformacional se caracteriza por líderes que exudan un sentido de admiración y respeto entre sus seguidores (influencia idealizada atribuida y enfatizan en un sentido colectivo de misión (comportamiento de influencia idealizado), motivan e inspiran a quienes los rodean (inspirador motivación), estimular los esfuerzos del seguidor (estimulación intelectual) y prestar especial atención a cada individuo (consideración individualizada), mientras que el liderazgo transaccional se caracteriza por un líder que solo brinda asistencia a cambio de sus esfuerzos (recompensa contingente) y centra la atención en las irregularidades (gestión por excepción activa), y finalmente, el liderazgo laissez-faire se caracteriza por un líder que combate los incendios (gestión

por excepción-pasiva) y evita la participación (laissez faire)(3). Desde comienzos de la década de 1990, se prefirió el estilo de liderazgo transformacional al estilo de liderazgo transaccional porque la atención de la salud y el medio ambiente, exige líderes que inspiren a otros con la visión de lo que se puede lograr en lugar de promover el cumplimiento a través de recompensas y castigos.

Baja motivación y pobre trabajo en equipo siguen siendo algunos de los mayores desafíos en la retención de trabajadores de la salud, especialmente en entornos con recursos limitados. Los trabajadores de salud que trabajan en entornos con recursos limitados suelen mencionar recursos médicos inadecuados y obsoletos,(4) oportunidades limitadas de desarrollo profesional, falta de oportunidades de promoción, (5) y la abrumadora sobrecarga de trabajo como fuente de frustración y desmotivación. Esta falta de motivación se manifiesta en un ausentismo generalizado y una alta tasa de deserción entre los trabajadores de la salud respecto a los objetivos del sistema(5). El marco teórico que guió este estudio fue la Teoría del Liderazgo Transformacional desarrollada por primera vez por Burns(6) en 1978 y luego ampliada por Bass y Avolio(7) para proporcionar un modelo útil para el liderazgo efectivo de los trabajadores de la salud en los entornos modernos de atención de la salud.

Los roles diarios que cumple un líder dentro de una organización son numerosos y diversos. Aunque ciertas habilidades, como la inteligencia emocional y la comunicación, son innatas para algunos, muchas, incluida la administración del personal y la supervisión de los problemas de rendimiento del personal, deben ser aprendidas. En este estudio, se explora uno de los roles más importantes de un líder, la adecuada administración de las emociones.

Hoy en día, muchas organizaciones han experimentado cambios, y cualquier cambio requiere un personal y gerentes que sean adaptables y compatibles. Además, la interacción social de una manera digna y fructífera es cada vez más importante para la mayoría de los líderes como un elemento clave en los cambios organizativos en la gestión. Los estudios han demostrado que el éxito pertenece a las personas que pueden relacionarse efectiva y consistentemente con sus recursos humanos. En este sentido, la

inteligencia emocional (EI) es uno de los elementos más importantes del mundo. Además, la interacción social de una manera digna y fructífera es cada vez más importante para la mayoría de los líderes, como un elemento clave en los cambios organizativos en la gestión. En este sentido, la inteligencia emocional (EI) es uno de los componentes que pueden y juegan un papel importante en la relación entre los miembros de la organización y, según Golman(8), se considera como una condición indispensable en la organización, componentes que pueden y juegan un papel importante en la relación entre los miembros de la organización . Hoy en día, la inteligencia emocional se ha definido como un tipo de inteligencia que incluye tanto una comprensión detallada de las emociones del individuo como la interpretación exacta de los estados emocionales de los demás. La inteligencia emocional evalúa a una persona emocionalmente, lo que significa cuánto sabe el individuo sobre sus propias emociones y sentimientos, y cómo controlarlos y manejarlos(9). El punto notable en el campo de la inteligencia emocional es que las capacidades de inteligencia emocional no son inherentes; ellos pueden ser aprendidos(10). En las últimas décadas, hemos sido testigos del progreso científico y el racionalismo. La base de la educación actual es la lógica del análisis mental, y los programas educativos se han establecido en base a la gramática, la contabilidad, el razonamiento analógico, el análisis de la instrucción y la recuperación de la información más reciente de acuerdo con el hábito y la repetición(10). Por lo tanto, la inteligencia emocional en los últimos años ha sido un serio competidor de la inteligencia en el análisis de relaciones y actividades exitosas que pueden desempeñar un mejor papel en la mejora de las relaciones humanas en la gestión. Gellman, define la inteligencia emocional como una habilidad en la cual su dueño puede controlar su moral a través de la autoconciencia, mejorarla a través de la autogestión, comprender sus efectos a través de la empatía y comportarse a través del manejo de las relaciones de una manera que puede elevar su propia moral y el de los demás(11).

1.2.Trabajos previos

Sadeghi (12) refiere que el liderazgo de una organización requiere características específicas para adaptarse a los cambios y para sobrevivir y crecer en nuevos entornos, y la inteligencia emocional es uno de los atributos más importantes que pueden ayudar a los líderes a responder a estos cambios. Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la inteligencia emocional y el desempeño de los jefes en la Universidad Mashhad de Ciencias Médicas, Mashhad, Irán. El estudio transversal se realizó en 100 gerentes básicos y medios de la Universidad de Mashhad de Ciencias Médicas, Mashhad, Irán, que fueron seleccionados por el método del censo en 2016. El instrumento de recopilación de datos fue la "Contracción del Inventario" y la "Evaluación del desempeño organizacional". Los resultados mostraron que hubo una correlación negativa significativa entre la inteligencia emocional y el desempeño organizacional ($r = -0.214$, $p = 0.032$). Los hallazgos también mostraron que entre los componentes de la inteligencia emocional y el rendimiento solo en los componentes de la empatía, hubo una correlación negativa significativa ($r = -0.199$, $p = 0.047$). Además, no hubo una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y las variables demográficas, como la experiencia laboral, la edad, el estado civil y el nivel educativo ($p > 0.05$). No hubo una relación significativa entre el desempeño organizacional y las variables demográficas, tampoco ($p > 0.05$). Pero entre los componentes de la inteligencia emocional, solo para las habilidades sociales y el lugar de trabajo de los administradores, se confirmó una correlación positiva significativa ($r = 0.203$, $p = 0.043$).

Muñoz(13) opina que la evolución de las comunicaciones conduce a nuevas oportunidades para la noción contemporánea de medios inteligentes, donde los empleados pueden beneficiarse de la automatización para maximizar su productividad y rendimiento. Sin embargo, a pesar de que una extensa investigación se ha dedicado a analizar el impacto de los trabajadores y sus emociones en su desempeño laboral, todavía hay una falta de entornos generalizados que tengan en cuenta el comportamiento emocional. Además, la integración de nuevos componentes en entornos inteligentes no es sencilla. Propone adquirir destrezas en medios informáticos que ayuden a los

profesionales a fortalecer sus emociones aumentando su destreza y confianza en el entorno.

KarimiLa(14) refiere que la capacitación en inteligencia emocional (EI) es popular entre los profesionales de recursos humanos, pero existen pruebas limitadas del impacto de dicha capacitación en los trabajadores de la salud. En su artículo, examina los efectos de la capacitación de la IE sobre la calidad de la atención de los residentes y el bienestar de los trabajadores y el empoderamiento psicológico en un centro de cuidado de ancianos australiano. Los resultados mostraron una mejora significativa entre los trabajadores en el grupo de entrenamiento para los puntajes de IE, la calidad de la atención, el bienestar general y el empoderamiento psicológico. No hubo diferencias significativas para el grupo de control. Al examinar el impacto de la capacitación del personal demostramos los beneficios de la capacitación de IE para una mejor calidad en la prestación de la atención. Este estudio demuestra el proceso práctico a través del cual la capacitación de la EI puede mejorar las experiencias laborales de los trabajadores así como la calidad de la atención para los pacientes.

Ardila(15) refiere que desde mediados del siglo XIX, las neurociencias cognitivas y conductuales han intentado encontrar las bases neurológicas de las capacidades intelectuales. Durante principios del siglo XX, se acuñó el concepto psicométrico de "inteligencia"; y hacia el final del siglo XX se introdujo el concepto neuropsicológico de "funciones ejecutivas". Sin embargo, continúan las controversias sobre la unidad o heterogeneidad de las llamadas funciones ejecutivas. Se propuso separar dos funciones ejecutivas principales: metacognitiva -o intelectual- y emocional / motivacional. Varios autores han sugerido una distinción similar. Las definiciones estándar de inteligencia suponen implícitamente que las funciones ejecutivas representan los componentes fundamentales de la inteligencia. La investigación ha demostrado que, si se consideran como un todo, las funciones ejecutivas solo se corresponden parcialmente con el concepto psicométrico de inteligencia; mientras que algunas funciones ejecutivas específicas corresponden claramente a la inteligencia, otras no implican inteligencia. Si se utiliza una distinción importante entre funciones ejecutivas metacognitivas -o

simplemente "intelectuales", y funciones ejecutivas emocionales / motivacionales -o simplemente no intelectuales-, se hace evidente que la inteligencia general se puede equiparar con funciones ejecutivas metacognitivas, pero no con funciones emocionales / motivacionales.

Stami et al (16) refieren que los servicios contemporáneos de atención médica son más productivos y exitosos cuando sus profesionales de la salud tienen inteligencia emocional (EI). El objetivo de su estudio fue explorar los predictores demográficos de EI entre los radioterapeutas que trabajan en centros de atención del cáncer en Nueva Gales del Sur, Australia. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta transversal autoadministrada. Un total de 205 radioterapeutas participaron en este estudio. Las puntuaciones medias de las dimensiones emocionalidad, autocontrol, bienestar y sociabilidad fueron 5,16 (DE = 0,6), 5,3 (DE = 0,7), 4,9 (DE = 0,9), 5,7 (DE = 0,8) y 4,7 (DE = 0,8) respectivamente. La edad y el nivel de empleo actual se identificaron como predictores de inteligencia emocional (IE). El género y el nivel de educación fueron predictores significativos de la dimensión emocional de la IE. Los niveles de empleo junto con el nivel de educación fueron predictores significativos de la dimensión de sociabilidad de la IE.

Fernández-Abascal(17) en su trabajo examina la relación entre la inteligencia emocional (EI) y la salud. El trabajo actual investigado sobre las dimensiones de la IE es suficiente para explicar varios componentes de la salud física y mental, y varias categorías de conductas relacionadas con la salud. Una muestra de 855 participantes completó dos medidas de EI, la Escala de Rasgo Meta-estado de Ánimo y el cuestionario de inteligencia emocional rasgo, una medida de salud, el cuestionario SF-36 de la Encuesta de Salud (SF-36); y una medida de comportamientos relacionados con la salud, la lista de verificación de comportamiento de salud. Los resultados muestran que las dimensiones de la IE analizadas son mejores predictores de la salud mental que de la salud física. Las dimensiones de la IE que explican positivamente el componente de salud mental son el bienestar, el autocontrol y la sociabilidad, y

negativamente, la atención. El bienestar, el autocontrol y la sociabilidad explican de manera positiva el componente de salud física. Las dimensiones de EI predicen un menor porcentaje de comportamientos relacionados con la salud que los componentes de salud. Emocionalidad y Reparación predicen la categoría de Comportamiento Preventivo de la Salud, y solo una dimensión, Autocontrol, predice la categoría Comportamiento que Toma Riesgo. Ser un médico, joven, mujer, tener niveles más altos de empleo y niveles más altos de educación fueron predictores de EI. Dado que el nivel de educación y el nivel de empleo son factores demográficos directos, se deben implementar estrategias para abordar estos factores para reducir los efectos de la lucha emocional que experimentan los profesionales médicos en su trabajo.

Abe(18) refiere que se sabe que la comunicación empática es importante para que los médicos logren una mayor satisfacción del paciente y mejores resultados de salud. El objetivo de este estudio fue investigar: 1) la asociación entre empatía, EI y personalidad, y 2) diferencias de género en la asociación entre empatía, EI y personalidad. Los participantes fueron 357 estudiantes de medicina en una escuela de medicina en Japón. Los estudiantes completaron cuestionarios autoevaluados que comprenden tres instrumentos validados que miden EI: cuestionario de inteligencia emocional rasgo (TEIQue-SF), empatía: escala Jefferson de Empatía del médico-versión del estudiante (JSPE) y personalidad: NEO-Inventario de cinco factores (NEO -FFI), que explora 5 dimensiones de Neuroticismo de personalidad (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Afabilidad (A) y Conciencia (C). Las correlaciones de Pearson mostraron una asociación débil entre TEIQue-SF y JSPE. TEIQue-SF y NEO-FFI mostraron una correlación positiva para E y C, y una fuerte correlación negativa para N y una correlación positiva débil para A y O. Se observó una débil correlación positiva entre JSPE y NEO-FFI para E y A. Las mujeres tuvieron puntajes de empatía significativamente mayores que los hombres. El puntaje de los estudiantes de medicina estuvo fuertemente asociado negativamente con EI. La empatía se asoció débilmente con EI. Sin embargo, al controlar el género y la personalidad en el análisis de regresión, el género no afectó a la EI y la empatía, sino que la personalidad es el factor más

importante. Nuestros hallazgos indican que N es un factor importante que afecta negativamente a EI.

Musinguzi (19) refiere que el liderazgo es clave para fortalecer el desempeño de los sistemas de salud. Los estilos de liderazgo son antecedentes organizativos importantes, especialmente para influir en la motivación de los empleados, la satisfacción laboral y el trabajo en equipo. Hay una investigación limitada que explora esta relación entre los trabajadores de la salud en entornos de recursos limitados como Uganda. El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre los estilos de liderazgo transformacional, transaccional y de laissez-faire y la motivación, la satisfacción laboral y el trabajo en equipo de los trabajadores de la salud en Uganda. Llevaron a cabo un estudio transversal en 3 regiones geográficas de Uganda en noviembre de 2015, utilizando cuestionarios autoadministrados con 564 trabajadores de la salud de 228 centros de salud. Se recopilaron datos sobre la percepción de los trabajadores de la salud de los estilos de liderazgo mostrados por los líderes de las instalaciones, su nivel de motivación, la satisfacción laboral y el trabajo en equipo. Los trabajadores de la salud en Uganda preferían líderes transformadores (62%) en comparación con ser transaccionales (42%) o laissez-faire (14%). El liderazgo transformacional se correlacionó positivamente con la motivación ($r = 0,32$), la satisfacción laboral ($r = 0,38$) y el trabajo en equipo ($r = 0,48$), mientras que el liderazgo transaccional se correlacionó positivamente con la satisfacción laboral ($r = 0,21$) y el trabajo en equipo ($r = 0,18$). La motivación se asoció positivamente con los líderes que mostraron una influencia-conducta idealizada (odds ratio [OR] = 3,7; IC del 95%, 1,33-10,48) y estimulación intelectual (OR = 2,4; IC del 95%, 1,13-5,15) pero negativamente asociada con la gestión por excepción (OR = 0,4; IC del 95%, 0,19-0,82). La satisfacción laboral se asoció positivamente con la estimulación intelectual (OR = 5,7, IC del 95%, 1,83-17,79). El trabajo en equipo se asoció positivamente con la influencia-conducta idealizada (OR = 1,07-8,57), influencia-atribuida idealizada (OR = 3,9, IC 95%, 1,24-12,36) y recompensa contingente (OR = 5,6, IC 95%, 1,87-17,01). Los estilos de transformación tuvieron un impacto positivo en estimular la motivación, asegurar la satisfacción laboral y

consolidar el trabajo en equipo entre los trabajadores de la salud en comparación con aquellos que demostraron habilidades transaccionales o estilos de *laissez-faire*.

Jodar I Solà et al (20) afirma que el concepto de liderazgo se ha estudiado en diversas disciplinas y desde diferentes enfoques teóricos. Es un concepto dinámico que evoluciona con el tiempo. Existen pocos estudios en nuestro campo sobre la autopercepción de los gerentes acerca de su estilo de liderazgo. No hay estilos puros, pero uno u otro estilo generalmente se prefiere en mayor o menor grado. En el entorno de atención primaria de salud (PHC), el estilo de liderazgo de los gerentes se define como un conjunto de actitudes, comportamientos, creencias y valores. Los objetivos de este estudio fueron describir y aprender acerca de la autopercepción de comportamientos y estilos de liderazgo entre los administradores de la APS; determinar la influencia del estilo de liderazgo en la satisfacción laboral, la eficiencia y la disposición para trabajar en equipo; y determinar la relación entre los estilos transformacionales y transaccionales de acuerdo con la edad, el sexo, la profesión, el tipo de gerente, los años de experiencia en gestión y el tipo de organización.

Para describir los estilos de liderazgo percibidos por los administradores de la APS, se realizó un estudio transversal utilizando un cuestionario de liderazgo multifactorial autoadministrado (MLQ) de 82 ítems. Este cuestionario mide los estilos de liderazgo, las actitudes y el comportamiento de los gerentes. Los ítems se agrupan en tres variables de primer orden (transformacional, transaccional y *laissez-faire*) y diez variables de segundo orden (que discriminan los comportamientos de los líderes). Además, el cuestionario evalúa las consecuencias organizacionales, como el esfuerzo extra, la eficiencia y la satisfacción. Ciento cuarenta respuestas de 258 directivos de 133 equipos de APS en el Área de Salud de Barcelona (tasa de respuesta: 54,26%). La mayoría de los participantes eran enfermeras (61.4%), la edad promedio fue de 49 años y el sexo predominantemente femenino (75%). A nivel mundial, los gerentes se evaluaron como líderes igualmente transaccionales y transformacionales (promedio: 3.30 puntos). Agrupados por profesión, las enfermeras (28.57% de los participantes) mostraron un estilo de liderazgo transaccional más alto, en comparación con el estilo de liderazgo transformacional, comparado con los médicos (3.38 puntos, $p < 0.003$). Considerando el sexo, los hombres obtuvieron los resultados más bajos en el estilo transaccional (p

<0.015). Tanto los estilos transaccionales como los transformacionales se correlacionan con la eficiencia y la satisfacción laboral ($r = 0.724$ y $r = 0.710$, respectivamente). La autopercepción de los administradores de PHC de su estilo de liderazgo fue transaccional, se centró en el mantenimiento del status quo, aunque hubo una tendencia en algunos puntajes hacia el estilo de transformación, principalmente entre los gerentes de enfermería. Ambos estilos se correlacionan con la satisfacción y la voluntad de esforzarse por trabajar mejor. Recomiendan apoyar el desarrollo de habilidades de liderazgo transformacional en los líderes de los establecimientos de salud podría alentar la motivación de los trabajadores de la salud, fortalecer la satisfacción laboral y mantener la cohesión entre los trabajadores de la salud para una mejor prestación de servicios.

Patel(21) en su investigación se plantea objetivos para determinar si las diferencias en la autopercepción / comportamiento del liderazgo en los investigadores del cuidado de la salud pueden influir en el rendimiento de la investigación y evaluar si ciertas características de liderazgo están asociadas con una mayor eficacia del liderazgo en términos de motivación, efectividad y satisfacción. Muestra: todos los profesores de la Facultad de Medicina del Imperial College de Londres ($n = 215$) se les envió el Formulario de Cuestionario de Liderazgo Multifactorial (MLQ) como forma de evaluar la autopercepción de los comportamientos de liderazgo. El MLQ midió tres resultados de liderazgo, que incluyeron motivación, efectividad y satisfacción. El análisis de regresión se utilizó para determinar asociaciones. Se recibió un total de 90 respuestas, lo que equivale a una tasa de respuesta del 42%. No hubo correlaciones significativas entre los comportamientos de liderazgo transformacional, transaccional o pasivo / evitativo y ninguna de las medidas de rendimiento de la investigación. Los cinco comportamientos de liderazgo transformacional (es decir, atributos idealizados (IA), comportamientos idealizados (IB), motivación de inspiración (IM), estimulación intelectual (IS), consideración individual (IC) fueron predictores altamente significativos de resultados de liderazgo, esfuerzo extra (todos $B > 0.404$, $SE = 0.093-0.146$, $p < 0.001$), efectividad (IA, IM, IS, IC $B > 0.359$, $SE = 0.093-0.146$, $p < 0.001$; IB $B = 0.233$, $SE = 0.103$, $p = 0.026$) y satisfacción (IA, IM, IS, IC $B > 0,483$, $SE = 0,086-$

0,139, $p < 0,001$; IB $B = 0,296$, $SE = 0,101$, $p = 0,004$). De manera similar, la recompensa contingente fue un predictor significativo de esfuerzo extra ($B = 0.400$, $SE = 0.123$, $p = 0.002$), efectividad ($B = 0.353$, $SE = 0.113$, $p = 0.002$) y satisfacción ($B = 0.326$, $SE = 0.114$, $p = 0.005$). Este estudio demuestra que el liderazgo transformacional y la recompensa contingente influyen positivamente en la eficiencia del liderazgo en los investigadores de la salud. Aunque no mostramos una asociación entre los comportamientos de liderazgo y las métricas de rendimiento de la investigación, se requieren más estudios que utilicen medidas de desempeño contextual a nivel de equipo y organización.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Teoría del liderazgo e Inteligencia emocional (IE)

Los avances de la tecnología de la información y la aparición de la modernidad en las organizaciones no han disminuido el papel del liderazgo en los entornos de trabajo, sino que también ha hecho este papel más crítico. Se podría afirmar que la aparición del concepto de IE ha refrescado enfoque del rasgo de liderazgo que se remonta a la década de 1930, Robbins(22), pero esta vez con una considerable diferencia; frente a muchos de los rasgos incluidos en la teoría del coeficiente mental (IQ).

La inteligencia emocional se refiere a "la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarnos a nosotros mismos, y para manejar las emociones bien en nosotros mismos y en nuestras relaciones, Goleman (11). Existen tres modelos principales de emociones e inteligencia. El primer modelo presentado por Mayer y Salovey(23) fue una habilidad cognitiva, modelo que considera a la inteligencia emocional como una forma de inteligencia pura. En el segundo modelo Goleman(11) argumentaron que la IE es un factor crítico para el éxito en el lugar de trabajo. Su modelo considera a EI como un conjunto de

competencias que se pueden aprender y desarrollar. Bar-On's (1997)(24) propone el modelo mixto. Inteligencia emocional como una inteligencia mixta que consiste en aspectos de habilidad y personalidad. Goleman (1995) popularizó el concepto de inteligencia emocional mediante la publicación de su best-seller. "Inteligencia emocional". Los investigadores comenzaron a prestar atención a este nuevo concepto. Sobre EI, años se diseñaron varias herramientas de medición y se desarrollaron muchos modelos. Muchas organizaciones de lo público a lo privado en diversas industrias aplicaron programas de capacitación de inteligencia emocional para fomentar mejores resultados organizacionales.

Se dedicaron diferentes esfuerzos de investigación al estudio de la relación entre EI y diferentes problemas de organización. Varios académicos han tratado de explorar la organización, beneficios de tener gerentes y empleados emocionalmente inteligentes; EI se muestra para aprovechar prácticas de recursos humanos y especialmente el desarrollo de recursos humanos. Otra línea de investigación confirma la idea de que la mejora emocional, mejora el rendimiento individual y el rendimiento del grupo. Dado que Goleman(11) argumentó que la inteligencia emocional es fundamental para el éxito y liderazgo, muchos investigadores se han centrado en la relación entre la IE y el liderazgo. Los primeros estudios que exploraron esta relación fueron principalmente teóricos. George(25) explica que los estados de ánimo y las emociones desempeñan un papel central en el proceso de liderazgo, y la IE contribuye al liderazgo efectivo en las organizaciones; Prati et al. (26) discuten que la IE presenta una crítica competencia importante para el liderazgo efectivo y el desempeño del equipo en las organizaciones de hoy; Dulewicz y Higgs (27) están de acuerdo con la hipótesis de Goleman de que cuanto mayor avance hay, es cuanto más importante se vuelve la inteligencia emocional y liderazgo.

Al mismo tiempo, algunos investigadores desarrollaron diseños de investigación empírica para probar estas nociones teóricas. Barling, Slater y Kelloway(28) fueron de los primeros en dirigir un estudio empírico, que examina la relación entre la IE y el liderazgo transformacional. Consistentemente Palmer et al. (29)

estudiando la relación entre IE y efectividad el liderazgo encontró que la IE está significativamente relacionada con el liderazgo transformacional. Higgs y Aitken (30) proporciona evidencia de que la EI general está asociada con el liderazgo, y puede ser un predictor del potencial de liderazgo. Los resultados proporcionan cierta evidencia para respaldar las relaciones entre EI y el potencial de liderazgo afirmadas tanto desde un punto de vista teórico como desde otros estudios sobre el desempeño del liderazgo. Rosete y Ciarrochi(31) afirmaron que EI específicamente es la capacidad de percibir emociones y es capaz de predecir un liderazgo efectivo. Feyerherm y arroz(32) mencionó que comprender y manejar las emociones está relacionado positivamente con el liderazgo en el grupo de trabajo.

La preocupación por predecir el comportamiento del liderazgo explica la principal tarea de los líderes. Se espera que los líderes logren resultados organizacionales tales como efectividad, desempeño, y satisfacción. La efectividad crítica desde la perspectiva de la organización ha recibido mucha atención de los investigadores. El trasfondo teórico apoya esta noción de que emocionalmente inteligente son los líderes que promueven la efectividad de la organización en todos los niveles de la organización. Goleman, Boyatzis y McKee(33) en su influyente libro "Los nuevos líderes: Transformando el arte" de liderazgo en la ciencia de los resultados "propuso que la IE es esencial para la eficiencia del liderazgo.

El gran liderazgo funciona a través de las emociones. Cuando los líderes manejan las emociones positivamente, sacan lo mejor de todos. Los autores llaman a esto resonancia. Por otro lado, cuando las emociones se manejan negativamente, conduce a la disonancia. Las emociones son importantes debido a la naturaleza de bucle abierto del sistema límbico. A diferencia de un sistema de circuito cerrado que es autorregulador, un sistema de circuito abierto depende en gran medida de fuentes externas para administrarse. La gente confía en las conexiones entre sí para su estabilidad emocional. Especialmente, las personas tienden a tomar señales emocionales de sus líderes. Los líderes tienden a hablar más. También se observan

más. En resumen, los líderes establecen el nivel emocional de la organización. Los estados de ánimo y las emociones de un líder envían fuertes señales a través de la organización. Las emociones negativas deben ser controladas. La ira, la ansiedad y una sensación de inutilidad pueden interrumpir poderosamente el trabajo y secuestrar la atención de la tarea en cuestión. Emociones negativas no solo erosiona nuestras habilidades mentales, sino que también hace que las personas sean emocionalmente menos inteligentes. La persona que está molesta tiene dificultades para ser empática, ya que tiene problemas para leer las emociones de los demás a su alrededor. Por otro lado, las emociones positivas sacan lo mejor de las personas. Se vuelven más optimista sobre su capacidad para alcanzar su objetivo. Su creatividad es mejorada. Es ser más útil. En resumen, el clima, es decir, cómo las personas se sienten trabajando en una empresa, puede representar un parte importante del desempeño en una empresa. A su vez, cómo los empleados perciben que el clima organizacional, se puede remontar a las acciones del líder(33).

1.3.2. Componentes de la Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional tiene cuatro componentes:

a) Autoconciencia: Esto significa tener una comprensión profunda de las fortalezas de uno, limitaciones, valores y motivos. Las personas con gran autoconciencia son honestas con ellos mismos sobre ellos mismos. Son realistas, ni excesivamente autocríticos ni excesivamente optimista. La autorreflexión y la consideración, son dos comunes atributos encontrados en estas personas. Tales personas reflejan las cosas y no reacciona impulsivamente

b) Autogestión: abarca atributos como el autocontrol emocional, transparencia, adaptabilidad, logro, iniciativa y optimismo. Yo la administración es necesaria para controlar nuestros sentimientos, facilitar la claridad mental y proporcionar energía controlada

c) Conciencia Social: Incluye empatía, conciencia organizacional y habilidad para atender las necesidades del cliente / cliente Al estar en sintonía con lo que sienten

los demás, un líder puede que diga y haga lo que sea apropiado, para calmar los temores, mitigar la ira o unirse al bien espíritu. La empatía incluye fácil accesibilidad, capacidad de escuchar y responder adecuadamente. La empatía es a menudo la clave para retener el talento.

d) Gestión de las relaciones: Esto implica influir, desarrollar a otros, cambiar gestión, gestión de conflictos, construcción de vínculos y trabajo en equipo. El manejo las relaciones, se trata de mover a las personas en la dirección correcta(33).

1.3.3. Estilos de liderazgo

Se identifican los siguientes estilos de liderazgo:

a) Visionario: Este tipo de liderazgo mueve a las personas hacia sueños compartidos. Los líderes visionarios ayudan a las personas a ver cómo su trabajo encaja en el panorama general. Las personas tienen la sensación de que su trabajo importa y también entienden por qué. Articular una visión verdaderamente inspiradora, el líder debe ser capaz de sentir cómo otros sienten y entienden sus perspectivas. Este tipo de estilo de liderazgo es particularmente efectivo cuando la empresa necesita urgentemente una nueva visión o tiene que dar vuelta.

b) Coaching: El coaching se enfoca en el desarrollo personal en lugar de lograr Tareas. Sin embargo, el estilo conduce a una respuesta emocional extraordinariamente positiva y mejores resultados, casi sin tener en cuenta los otros estilos, emplea un líder. Mediante conversaciones personales con empleados, entrenadores líderes establecen una buena relación y confianza. Dichos líderes delegan y dan a los empleados tareas desafiantes que estirarlos. Estos líderes son tolerantes con los fracasos. Este estilo de liderazgo es más efectivo con los empleados que muestran más iniciativa y desean más desarrollo profesional. Los

buenos entrenadores comunican efectivamente una creencia en el potencial de las personas y la expectativa de que puedan hacer todo lo posible.

c) Afiliados: Los líderes afiliados valoran a las personas y sus sentimientos, ponen menos énfasis en el cumplimiento de tareas, objetivos y más en las necesidades emocionales de empleados. Mantienen a la gente contenta, enfatizan la armonía y construyen equipo resonancia.

d) Demócrata: un enfoque democrático es efectivo cuando el líder es incierto acerca de qué dirección tomar y necesita ideas de las personas a su alrededor. Los de estilo democrático gira en torno al trabajo en equipo, la colaboración, la gestión de conflictos e influencia. Tales líderes son verdaderos colaboradores. Trabajan más como miembros del equipo y menos como líderes de arriba hacia abajo. Son buenos para sofocar el conflicto y creando un sentido de armonía

e) Pace-setting: Este tipo de líder establece altos estándares de rendimiento y es obsesivo por hacer las cosas mejor y más rápido. Si se aplica imprudentemente, o excesivamente, este tipo de estilo de liderazgo puede hacer que los empleados se sientan empujados demasiado duro por las diversas demandas formuladas por el líder. Los preparadores de ritmo son a menudo tan centrados en los objetivos que la orientación de las personas pasa a segundo plano. Tales líderes miran para formas de seguir mejorando el rendimiento.

f) Comandante: Tales líderes esperan el cumplimiento inmediato de las órdenes, sin explicando las razones detrás de ellos. Si los subordinados no siguen las órdenes, ellos recurren a las amenazas. Tales líderes no delegan autoridad. Buscan apretado control de una situación y monitorearlo con atención. Como el elogio es poco común mientras la crítica es gratuita, los líderes al mando erosionan los espíritus de las personas y el orgullo y satisfacción que toman en su trabajo. La gente tiende a alienarse de sus trabajos. El liderazgo dominante gira en torno a la influencia, el logro e iniciativa. Este tipo de estilo de liderazgo puede ser apropiado al administrar una crisis. También puede ser útil al tratar con empleados

problemáticos. Este tipo de el liderazgo puede desviarse en la ausencia de autoconciencia, control y empatía.

Los líderes tienen más problemas que nadie a la hora de recibir comentarios. Las personas tienden a retener información importante, especialmente cuando es desagradable. A veces, los líderes no fomentan los comentarios, no porque sean egoístas sino porque genuinamente creen que no pueden cambiar.

El quid de liderazgo es el aprendizaje auto dirigido. La gente debe desarrollar una fuerte imagen del yo ideal y una imagen precisa del yo real. El aprendizaje auto dirigido implica cinco descubrimientos principales:

- Descubrir el yo ideal
- Descubre quién eres en realidad ahora
- Plan de acción para construir sobre las fortalezas y avanzar hacia la idea
- Experimentar y practicar nuevos comportamientos, pensamientos y sentimientos
- Desarrollar relaciones de apoyo y confianza que hagan posible el cambio

1.3.4. EL Cuestionario de liderazgo: Inventario de prácticas de liderazgo de MLQ Forma 5X Corta de B. BASS Y B. AVOLIO

El Cuestionario de liderazgo multifactorial (MLQ-5X) es el instrumento estándar para evaluar comportamiento de liderazgo transformacional y transaccional (Bass & Avolio, 2000; Avolio & Bass,2004) (34). Ha sido traducido a muchos idiomas y utilizado con éxito por ambos investigadores y practicantes en todo el mundo. El MLQ-5X y sus diversas traducciones están disponibles para investigadores y consultores.

En detalle, el cuestionario tiene cinco escalas transformacionales, tres transaccionales, una de laissez-faire y tres de resultado. La primera de las escalas de transformación es Inspiracional Motivación. El elemento central de esta

subescala de liderazgo transformacional es la articulación y representación de una visión por el líder. En consecuencia, viendo el futuro con un resultado de actitud positiva, los seguidores están motivados. Influencia idealizada (atribuida) se refiere a la atribución de Carisma para el líder. Debido a los atributos positivos de los líderes (por ejemplo, poder percibido, centrándose en ideales y valores de orden superior), los seguidores construyen lazos emocionales cercanos con el líder.

Es probable que la confianza se forme en los seguidores. Influencia idealizada (comportamiento) enfatiza un sentido colectivo de misión y valores, así como también actúa sobre estos valores. Luego, la Estimulación Intelectual incluye desafiar las suposiciones de las creencias de los seguidores, el análisis de problemas que enfrentan y soluciones que generan. Consideración individualizada es definida al considerar las necesidades individuales de los seguidores y desarrollar sus fortalezas. Del lado de las escalas de liderazgo transaccional, la recompensa contingente es un comportamiento de liderazgo mediante el cual el líder se enfoca en tareas claras y definidas, al tiempo que proporciona a sus seguidores recompensas (materiales o psicológicas) en el cumplimiento de estas tareas. El líder observa y busca activamente las desviaciones de las reglas y estándares para evitar estas desviaciones; si es necesario, se toman acciones correctivas. Por el contrario, la intervención pasiva solo ocurre después de que los errores han sido detectados o si los estándares no se han cumplido. Un enfoque aún más pasivo es el Laissez-Faire, que básicamente se define como la ausencia de liderazgo. Como tal, el Laissez-faire se usa como no liderazgo y contrasta con las formas más activas de transformación transaccional. Los tres criterios de resultado que se incluyen en el MLQ son el Esfuerzo Extra (EEF) de los seguidores, la Eficacia del comportamiento del líder (EFF) y la Satisfacción de los seguidores (SAT) con su Líder respectivo.

1.3.5. El Test de inteligencia emocional de Law y Wong (2002)

En los últimos años, inteligencia emocional y medidas de inteligencia emocional se han utilizado en una gran cantidad de países y culturas. Este es también el caso

de la Escala de Inteligencia Emocional Wong y Ley (WLEIS). El WLEIS comprende cuatro dimensiones: evaluación de la emoción propia, evaluación emocional de los demás, uso de la emoción, y regulación de la emoción. Cada dimensión contiene cuatro elementos de encuesta.

1.3.6. La medición de la Inteligencia Emocional

Si bien ha habido un aumento reciente en la discusión de la IE en la literatura sobre atención médica, la mayoría de las referencias se basan en afirmaciones sin fundamento de la importancia teórica de la IE y suponen que la IE es una cualidad que puede alterarse o mejorarse. Sin embargo, existe una literatura empírica pequeña pero creciente que sugiere que puede haber un rol para la IE en el ámbito de la atención médica. Si queremos determinar si existe un rol para la IE en la atención de la salud, se debe evaluar rigurosamente su valor. El estado de la base de evidencia actual sugiere que hay una serie de preguntas que deben plantearse antes de llegar a conclusiones sobre la utilidad de este constructo. Con base en nuestra comprensión de la construcción de EI y la forma en que se ha empleado en entornos no relacionados con la salud, abordamos la solidez de la evidencia de la relación entre EI y cuatro áreas que parecen ser preguntas importantes para la atención de la salud.

1. Cómo la IE en los profesionales de la salud podría tener un impacto en la atención centrada en el paciente, la satisfacción del paciente y la calidad de la atención;
2. Cómo podría afectar la IE a los problemas de satisfacción y rendimiento laboral;
3. Si la capacitación de EI para profesionales de la salud puede tener un impacto en los resultados personales y centrados en el paciente;
4. Si la medición de EI debe ser parte del proceso de selección y contratación para profesionales de la salud y estudiantes.

La mayoría de las quejas sobre los médicos se relacionan con la comunicación deficiente, no la competencia clínica y la mejora de la comunicación en la atención médica es un área actual de interés en las políticas y la práctica. Dado el énfasis en las percepciones sobre las emociones propias y de los demás que describen los modelos de EI, podría ofrecerse como una explicación de por qué algunos médicos parecen ser mejores que otros para brindar atención centrada en el paciente(35). Evaluar y discriminar las emociones del paciente podría tener un impacto en la calidad y precisión de la toma de antecedentes y el diagnóstico. Además, si los médicos pueden comprender las reacciones emocionales de los pacientes a los tratamientos prescritos o al asesoramiento sobre el estilo de vida, es posible que comprendan mejor por qué algunos tratamientos son más o menos aceptables para algunos pacientes. La capacidad de administrar y leer emociones parecería ser una habilidad importante para cualquier profesional de la salud y podría mejorar la atención centrada en el paciente, mejorar la calidad de la relación profesional-paciente y aumentar los niveles de satisfacción del paciente con la atención y tal vez incluso la concordancia(36).

1.3.7. El liderazgo en el siglo XXI

El liderazgo se trata de trazar un mapa hacia donde necesita ir para "ganar" como un equipo o una organización; es dinámico, emocionante e inspirador. Sin embargo, aunque los líderes establecen la dirección, también deben usar las habilidades de gestión para guiar a su personal hacia el destino correcto, de una manera suave y eficiente(37).

De acuerdo con la idea del liderazgo transformacional, un líder eficaz es una persona que hace lo siguiente:

- Crea una visión inspiradora del futuro.
- Motiva e inspira a las personas a comprometerse con esa visión.
- Administra la entrega de la visión.

- Entrena y construye un equipo, para que sea más efectivo en el logro de la visión.

Las palabras "líder" y "liderazgo" a menudo se usan incorrectamente para describir a las personas que realmente están dirigen una institución. Estas personas pueden ser altamente calificadas, buenas en sus trabajos y valiosas para sus organizaciones, pero eso las hace excelentes gerentes, no líderes. Por lo tanto, tenga cuidado de cómo usa los términos, y no asuma que personas que se describen a sí mismos como "líderes" o incluso grupos llamados "equipos de liderazgo" en realidad están creando y entregando un cambio transformacional. Un peligro particular en estas situaciones es que las personas u organizaciones que están siendo administradas por dicho individuo o grupo creen que están siendo guiadas; pero no lo son en realidad, puede que no haya liderazgo, sin que nadie establezca una visión y nadie se inspire. Esto puede causar serios problemas a largo plazo.

En el modelo de liderazgo transformacional, los líderes establecen la dirección y se ayudan a sí mismos y a los demás a hacer lo correcto para seguir adelante. Para hacer esto, crean una visión inspiradora y luego motivan e inspiran a otros a alcanzar esa visión. También administran la entrega de la visión, ya sea directa o indirectamente, y crean y entrena a sus equipos para hacerlos cada vez más fuertes.

1.3.8. El liderazgo en salud

El liderazgo se ha descrito como el comportamiento de un individuo al dirigir las actividades de un grupo hacia un objetivo compartido. Los aspectos clave del rol de liderazgo implican influir en las actividades grupales y enfrentar el cambio. Una dificultad al considerar el liderazgo de los profesionales de la salud es que la mayoría de las teorías no se desarrollaron dentro de un contexto de atención médica, sino que generalmente se desarrollaron para el entorno empresarial y luego se aplicaron a la atención médica. Las investigaciones publicadas proporcionan poca evidencia de que tales iniciativas de liderazgo estén asociadas con mejoras en

la atención del paciente o los resultados organizacionales cuando se aplican en el ámbito de la atención médica(38). En 2017, las organizaciones de atención médica se enfrentan a una gran incertidumbre sobre los fondos financieros para la atención médica y la capacidad de mantener la cobertura y el acceso para un gran número de personas. En un momento de tan alto flujo, la pregunta relevante que debe hacerse y responder es: "¿Por qué hacemos este trabajo?" Mantenerse conectado es lo que sostendrá y fortalecerá su pasión en medio de la incertidumbre. Muchos profesionales de la salud comparten el compromiso de mejorar la atención para las poblaciones vulnerables y se identifican con una misión de justicia social. Y nos hemos identificado como líderes del cambio e invertido en capacitación para transformar el cuidado de la salud. Creer en el poder del liderazgo en las organizaciones de atención médica es una herramienta muy importante(39).

Los sistemas de atención médica están compuestos por numerosos grupos profesionales, departamentos y especialidades con interacciones intrincadas y no lineales entre ellos; la complejidad de tales sistemas a menudo no tiene paralelo como resultado de las limitaciones relacionadas con diferentes áreas de enfermedad, metas multidireccionales y personal multidisciplinario. Dentro de las organizaciones grandes, como los sistemas de salud, los numerosos grupos con subculturas asociadas pueden apoyar o estar en conflicto entre sí. El liderazgo necesita capitalizar la diversidad dentro de la organización como un todo y utilizar de manera eficiente los recursos al diseñar los procesos de gestión, al tiempo que alienta al personal a trabajar para alcanzar objetivos comunes. Varios enfoques de liderazgo se pueden adaptar al entorno sanitario para optimizar la gestión en este entorno altamente complejo(40).

La colaboración es un proceso asertivo y cooperativo que se produce cuando las personas trabajan juntas para el beneficio mutuo, en una forma de simbiosis organizacional. El liderazgo colaborativo implica comunicar información a compañeros de trabajo y organizaciones asociadas, para permitirles tomar sus propias decisiones informadas(41).

Tales estrategias de comunicación colaborativa mejoran la gestión de la asistencia sanitaria: fomentando el diálogo entre múltiples partes interesadas; compartir conocimiento y experiencias; y reducir el nivel de complejidad dentro de las organizaciones de salud. Las personas con diferentes niveles de responsabilidad deben comprometerse con el proceso de liderazgo, de modo que participen activamente en la validación y comunicación de las necesidades e identifiquen modificaciones en las prácticas que pueden requerirse para abordar las demandas cambiantes. El liderazgo colaborativo en el cuidado de la salud requiere un ambiente de trabajo sinérgico, en el cual se alienta a las partes múltiples a trabajar juntas para la implementación de prácticas y procesos efectivos. Tales colaboraciones promueven la comprensión de diferentes culturas y facilitan la integración y la interdependencia entre múltiples partes interesadas.

1.3.9. El liderazgo compartido: lo actual

Numerosos estudios han demostrado que los trabajadores de salud autónomos con responsabilidad directa por sus pacientes no responden bien al liderazgo autoritario para dirigir profesionales de la salud altamente calificados. El liderazgo debe enfocarse en el desarrollo de relaciones colaborativas efectivas a través del apoyo y la tarea delegación, y esta podría ser la base para la implementación generalizada del modelo de liderazgo compartido en el ámbito de la atención médica, ya que fomenta la gobernanza compartida, el aprendizaje continuo en el lugar de trabajo y el desarrollo de relaciones laborales efectivas(42).

El liderazgo compartido resulta ideal para que los miembros del personal adopten conductas de liderazgo, una mayor autonomía y mejores resultados de atención al paciente. Las barreras para desarrollar un liderazgo compartido pueden incluir un espíritu de equipo deficiente, una alta carga de trabajo y tasas de rotación de personal, un trabajo poco interesante, falta de responsabilidad y un establecimiento de objetivos insuficiente. El liderazgo compartido es un proceso continuo y fluido que requiere una evaluación continua para responder a los desafíos de atención

médica en constante cambio, y supone una buena relación de trabajo entre los gerentes y el personal. Cuando las interrelaciones organizacionales y grupales se desarrollan y fomentan para lograr objetivos definidos , pueden influenciar las prácticas de grupos e individuos fuera del equipo central y también aumentar la posición del grupo dentro de la jerarquía organizacional(43).

1.3.10. Marco conceptual

- a. **Inteligencia emocional:** la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarnos a nosotros mismos, y para manejar las emociones bien en nosotros mismos y en nuestras relaciones(11).
- b. **Líder:** Persona que guía o conduce un grupo de personas(44)

1.4. Formulación del problema

1.4.1 General

¿Qué relación existe entre la Inteligencia emocional y las prácticas de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna, 2018?

1.4.2 Específicos

- a. ¿Cuáles son las características de liderazgo según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, 2018?
- b. ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, 2018?

c. ¿Cuál es el nivel de asociación entre las características de liderazgo e inteligencia emocional según las principales características sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018?

1.5. Justificación del estudio

Es conocido que el capital humano es muy importante para que una institución pueda tener logros exitosos en el tiempo. Los trabajadores de salud son los que más están en contacto con otras personas, porque no solo atiende sus necesidades, sino que tienen que estar preparados para resolver problemas de la vida diaria, desde los más sencillos como “sólo escuchar pacientemente” así como resolver problemas más complejos, como preparar una referencia o una emergencia médica. Pensar cotidianamente que, la vocación de servicio es una de los principales requerimientos que le exige en entorno comunitario. En este sentido, dentro del grupo de servidores de salud, son los médicos que están más sujetos a presión constante y para ello deben estar preparados, tanto académicamente como emocionalmente.

El presente trabajo de investigación aborda una de las dimensiones más importantes que todo servidor médico debe de fortalecer: su inteligencia emocional y capacidad de liderazgo. Dichos talentos son inherentes a la labor diaria y tienen que ser potenciados para brindar un buen servicio, así como para cumplir con las metas institucionales trazadas. Investigaremos las características de liderazgo según las principales variables sociodemográficas y laborales. Así el nivel de inteligencia emocional en el personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018.

El trabajo servirá para establecer la línea de base diagnóstica de las condiciones en las cuales se encuentra el capital humano médico asistencial y proponer estrategias de mejora continua que permitan potenciar los talentos encontrados o generar actividades para que el personal pueda adquirir dichas potencialidades.

1.6.Hipótesis

1.6.1 General

Existe relación directa y significativa entre el nivel de inteligencia emocional y las prácticas de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitano.

1.6.2 Específicas

HE1: Los niveles de inteligencia emocional son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitano.

HE2: Las prácticas de liderazgo son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitano.

HE3: Existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y las prácticas de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitano.

1.7.Objetivos

1.7.1 General

Relacionar las características de Inteligencia emocional con las prácticas de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitano de la Red de Salud Tacna, 2018.

1.7.2 Específicos

- a. Identificar las características de liderazgo según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018.
- b. Medir el nivel de inteligencia emocional según las principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitano de la Red de Salud Tacna, 2018.
- c. Mensurar el nivel de asociación entre las características de liderazgo e inteligencia emocional según las principales características sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitano de la Red de Salud Tacna, 2018.

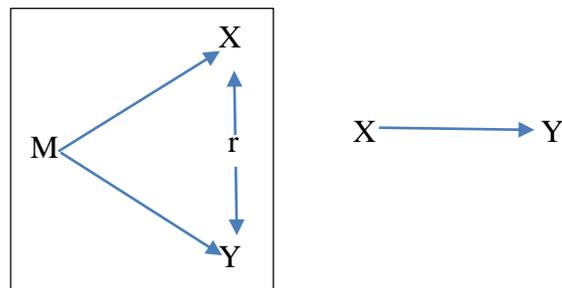
2 MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

Estudio observacional, prospectivo de corte transversal analítico.

Estudio relacional, puesto que medirá el nivel de relación e influencia entre las variables

El esquema queda determinado por:



Donde:

M = Personal Médico asistencial de la Microred Metropolitana

X = Inteligencia emocional

Y = Liderazgo

r = relación y variables intervinientes (variables independientes)

2.2 Variables, operacionalización

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLE	DIMENSION	CATEGORIA (INDICADOR)	ESCALA DE MEDICION
Establecimiento de salud del ministerio de Salud perteneciente a Microred Cono Norte	Establecimiento de Salud	Entorno Labora de procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. C.S. Ciudad Nueva 2. C.S. La Esperanza 3. C.S Alto Alianza 4. P.S. J.V. Alvarado 5. P.S. Cono Norte 6. P.S. Intiorko 	Nominal
En años categorizados por ciclo de vida	Edad	Características sociodemográficas	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20 a 29 años 2. 30 a 39 años 3. 40 a 49 años 4. 50 a 59 años 5. 60 a más 	Ordinal
Género y fenotipo	Sexo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	Nominal
Condición civil al momento del estudio	Estado civil		<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado 5. Separado 6. Conviviente 	Nominal
Hijos vivos a cargo o de responsabilidad en formación profesional	Nº de hijos		<ol style="list-style-type: none"> 1. sin hijos 2. 1 a 2 hijos 3. 3 a 4 hijos 4. 5 a más 	Razón

Años en el sector	Tiempo de servicio	Dimensión laboral	1-2 años 3-5 años Más de 5 años	Razón/ordinal
Supervisiones realizadas en servicio en último año	Supervisión		1. Ninguna 2. semanal 3. Quincenal 4. Mensual	Ordinal
Encuesta Informe memoria contable por establecimiento	Nivel de incentivos		1. Canasta familiar 2. Pago de movilidad 3. Préstamos financieros Banca Privada 4. Préstamos financieros banca nacional	Nominal
Programación de turnos por grupo profesional en el último mes	Horario de trabajo		1. 3 horas diarias o menos 2. 6 horas diarias 3. 8 horas diarias 4. 12 horas (guardias diurnas) 5. 12 horas (guardias nocturnas)	Nominal
Condición contractual con el MINSA	Condición laboral		1. Ley 276 Nombrado 2. Ley 276 Contratado 3. Ley 728 CLAS 4. Locación transitoria (por horas)	Nominal
Percepción mediante entrevista	Ambiente laboral		1. Agradable 2. Tenso 3. No agradable 4. Incierto	Nominal
Percepción del entorno amical con compañeros	Relación con compañeros de trabajo		1. Adecuada 2. No adecuada	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE				
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLE	DIMENSION	CATEGORIA (INDICADOR)	ESCALA DE MEDICION
	Liderazgo	Inventario de prácticas de liderazgo de MLQ Forma 5X Corta de B. BASS Y B. AVOLIO	<p>a. Influencia atribuida Idealizada (ítems 10,18,21,25)</p> <p>b. Influencia conductual idealizada (ítems 6,14,23,34)</p> <p>c. Motivación Inspiracional (9,36,13,26)</p> <p>d. Estimulación Intelectual (2,8,32,30)</p> <p>e. Consideración Individualizada(19, 31,15,29)</p>	<p><u>Numérica</u></p> <p>Alto: 124 – 188</p> <p>Medio:62–123</p> <p>Bajo: 0 – 61</p>
			<p>f. Recompensa Contingente (16,1,11,35)</p> <p>g. Dirección por excepción activa (4,22,24,27)</p> <p>h. Dirección por excepción pasiva (3, 12, 17,20)</p>	<p>Alto: 61-92</p> <p>Medio: 31-60</p> <p>Bajo: 0 – 30</p>
			<p>i. Laissez-Faire (5, 7, 28,23)</p>	<p>Alto: 21-32</p> <p>Medio: 11-20</p> <p>Bajo: 0 – 10</p>
	Inteligencia emocional	Instrumento desarrollado para medir inteligencia emocional de Law y Wong	<p>a. valoración y expresión de las emociones propias,</p> <p>b. Valoración y reconocimiento de las emociones en otros,</p> <p>c. Regulación de las propias emociones y</p> <p>(d) Uso de la emoción para facilitar el desempeño.</p>	<p>Numérica</p> <p>continua</p>

2.3 Población y muestra

Se trabajó con el 100% de la población de médicos asistenciales de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna.

Población de estudio según establecimiento de Salud de la Microred Metropolitana

Establecimiento	Población	%
C.S. Metropolitana	7	24.24
C.S. Bolognesi	3	15.15
C.S. La Natividad	4	12.12
C.S. Leoncio Prado	8	24.24
C.S. Leguía	3	9.09
P.S. Hábitat	2	6.06
P.S. J.V. Alvarado	3	9.09
TOTAL	30	100%

Fuente: Área de personal de la DIRESA Tacna

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

La recolección de datos siguió las siguientes técnicas:

- a. Cuestionario: Elaboración de test de liderazgo estructurado y con formato anónimo tipo Likert mediante visita in situ a los médicos de la MicroRed

Metropolitana, quienes llenarán el instrumento en ambiente ad hoc para tal fin con tiempo adecuado.

- b. Cuestionario: Elaboración de test de inteligencia emocional estructurado y con formato anónimo tipo Likert mediante visita in situ a los profesionales médicos de la MicroRed Metropolitana, quienes llenarán el instrumento en ambiente ad hoc para tal fin con tiempo adecuado.
- c. Entrevista: para variables sociodemográficas in situ a los médicos participantes de la población de estudio.

Instrumentos:

Instrumento 01: Inventario de prácticas de liderazgo de MLQ Forma 5X Corta de B. BASS Y B. AVOLIO (2004)(35):

Contiene 82 preguntas, que se dividen en escalas por cada una de las prácticas de liderazgo. Los participantes responden a cada una de las preguntas en una escala tipo Likert de 4 puntos, respondiendo la frecuencia con la que un líder se comporta de manera descrita.

0 nunca, hasta 4 Frecuentemente, sino siempre.

Subescalas:

- d. Influencia Idealizada atribuida (ítems 1,11,21,31,41,51,61,67)
- e. Influencia idealizada conductual (ítem 3,13,23,33,43,53,63,68,71,75)
- f. Motivación Inspiracional (5,15,25,35,45,55,64,69,72,76)
- g. Estimulación Intelectual (7,17,27,37,47,57,65,73,77,81)
- h. Consideración Individualizada (9,19,29,39,49,59,66,74,78)

Alto: 124 – 188

Medio: 62 – 123

Bajo: 0 – 61

- i. Recompensa Contingente (8,16,24,32,40,48,56,62,80)
- j. Dirección por excepción activa (6,14,22,30,38,46,54)
- k. Dirección por excepción pasiva (4,12,20,28,36,44,52)

Alto: 61-92
Medio: 31-60
Bajo: 0 – 30

1. Laissez-Faire (2,10,18,26,34,42,50,58, 82)

Alto: 21-32
Medio: 11-20
Bajo: 0 – 10

Instrumento 02: Instrumento desarrollado para medir inteligencia emocional de Law y Wong (2002)

El instrumento desarrollado por Wong y Law contiene 16 preguntas que se dividen en cuatro preguntas por cada una de las áreas de la inteligencia emocional. Los participantes responden a cada una de estas preguntas en una escala tipo Likert de 7 puntos respondiendo si desacuerda firmemente (1) hasta acuerda firmemente (7) con el argumento planteado en la pregunta. De acuerdo con Zárata y Matviuk (2010), el instrumento “ha sido validado por diferentes autores entre los cuales se encuentran Aslan y Erkus (2008)”. Aslan y Erkus (2008) mencionan que el rango de la prueba de confiabilidad del alfa de Cronbach es de 0,89, lo cual demuestra que es un instrumento válido y confiable pues supera el valor de 0,70 mínimo recomendado por Nunnaly (1978). La fiabilidad, composición y facilidad de uso del documento permite que se utilice en las áreas de gerencia, liderazgo y comportamiento organizacional (Zárata y Matviuk, 2010; Aslan y Erkus, 2008).

Las 4 subescalas o factores son:

- (a) valoración y expresión de las emociones propias,
- (b) valoración y reconocimiento de las emociones en otros,
- (c) regulación de las propias emociones y
- (d) uso de la emoción para facilitar el desempeño.

La evaluación se realiza en escala continua hasta 120 puntos. Los valores de comparación son los promedios alcanzados. A mayor puntaje, mejor habilidad emocional.

Se generó tres categorías de la escala continua con 1 Desviación Estándar:

- Alta
- Medio
- Baja

Validación y Confiabilidad del Instrumento

Una vez tabulada la información se procedió a verificar la validez y confiabilidad de ambos instrumentos. Para ello se aplicó el Alfa de Cronbach que indica el grado en que los componentes están relacionados (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995). La medición se realizó mediante el Alfa de Cronbach. Este método se basa en un promedio de las correlaciones entre las variables de estudio las cuales permiten analizar si la inclusión o exclusión de los componentes mejora la fiabilidad del cuestionario.

Coeficiente de Alfa de Cronbach

Rango de Magnitud

0,81 – 1,00 Muy Alta

0,61 – 0,80 Alta

0,41 – 0,60 Moderada

0,21 – 0,40 Baja

0,001 – 0,20 Muy Baja

Nota: Tomado de "Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos". Ledesma, R., Molina, G., & Valero, P. (2002). *Psico-USF*, 7(2), pp.143–152 (45).

Se alcanzó un nivel de confiabilidad de los instrumentos 0.8

2.5 Métodos de análisis de datos

Para el desarrollo del estudio se cumplió con las autorizaciones de la Institución. Se utilizó los registros oficiales de atención del establecimiento y validados por la institución que garantizará la confidencialidad y confiabilidad de la información.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos en una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboró tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en tablas tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 21. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas y determinación de factores asociados a calidad de vida con un valor p significativo menor a 0.05.

2.6 Aspectos éticos

1. Se guardó absoluta confidencialidad de los participantes y la base de datos de respuestas.
2. Cada participante fue orientado e informado de los objetivos netamente científicos de la investigación.
3. No se compartió la base de datos con ninguna otra investigación, salvo autorización expresa y firmada del autor.

III. RESULTADOS

3.1 Presentación de resultados:

Tabla 1. Distribución de frecuencia según edad sexo estado civil y número de hijos en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

		n	%
Sexo	Masculino	12	40.0%
	Femenino	18	60.0%
	Total	30	100.0%
Edad	30 a 39 años	9	30.0%
	40 a 49 años	9	30.0%
	50 a 59 años	8	26.7%
	60 a 69 años	4	13.3%
	Total	30	100.0%
Estado civil	Casado	21	70.0%
	Soltero	6	20.0%
	Viudo	0	0.0%
	Divorciado	0	0.0%
	Separado	0	0.0%
	Conviviente	3	10.0%
	Total	30	100.0%
N° de hijos	Ninguno	5	16.7%
	1	5	16.7%
	2	11	36.7%
	3	9	30.0%
	Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta

La tabla 1 podemos observar que el 60% de la población en estudio era de sexo femenino y el 40% de sexo masculino según la edad el 30% tenía entre 30 a 39 años y en igual proporción el grupo de 40 a 49 años. El 26.7% tenía entre 50 a 59 años y un 13.3% tenía de 60 a más años.

Tabla 2. Distribución de frecuencias según variables laborales en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

		n	%
Tiempo de servicio	<= 5 años	15	50.0%
	6 a 10 años	2	6.7%
	11 a 15 años	4	13.3%
	más de 15 años	9	30.0%
	Total	30	100.0%
Recibió Supervisión:	Nunca	8	26.7%
	Mensual	19	63.3%
	Pocas veces	3	10.0%
	Total	30	100.0%
Nivel de incentivos	Préstamos financieros de banca privada	19	63.3%
	Préstamos financieros de banca privada y nacional	11	36.7%
	Total	30	100.0%
Horario de trabajo	6 Hrs. diarias	8	26.7%
	8 Hrs. diarias	1	3.3%
	6 Hrs. diarias y 12 horas (guardias diurnas)	21	70.0%
	Total	30	100.0%

En la tabla 2 se puede observar que el 50% tenía un tiempo de servicio igual o menor a 5 años seguido de un 30% con más de 15 años trabajando para la institución. El 63.3% refiere que recibe supervisiones mensuales seguirá un 26.7% que afirma que nunca ha sido supervisado.

El 63.3% refiere que puede acceder a préstamos financieros de la banca privada y el 36.7% a préstamos de la banca privada y nacional cuestiones que favorecen su estabilidad económica familiar y profesional.

Según el horario de trabajo el 70% accede a guardias diurnas seguido de un 26.7% que tan sólo labora 6 horas diarias.

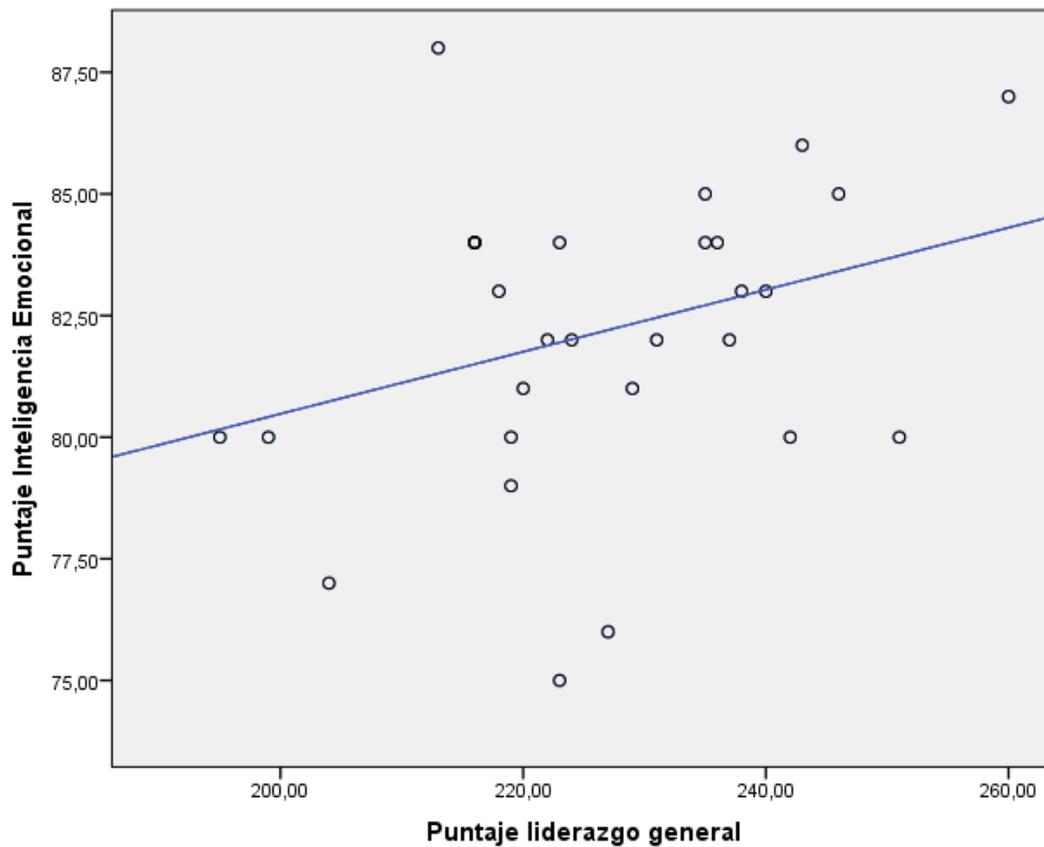
Tabla 3. Distribución de frecuencias según condición laboral percepción del ambiente laboral y relación con los compañeros en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

		n	%
Condición laboral	Ley 276 Nombrado	22	73.3%
	Ley 276 Contratado	2	6.7%
	Ley 728 CLAS	1	3.3%
	CAS	5	16.7%
	Total	30	100.0%
Percibo mi ambiente laboral como:	Agradable	13	43.3%
	Tenso	4	13.3%
	No agradable	1	3.3%
	Incierto	12	40.0%
	Total	30	100.0%
Relación con compañeros de trabajo	Adecuada	30	100.0%
	No adecuada	0	0.0%
	Total	30	100.0%

En la tabla 3 podemos observar que el 73.3% está en la condición de nombrado Y tan sólo un 6.7% en la condición de contratado con las mismas condiciones de un profesional nombrado. Solamente un 3.3% se encuentra aún bajo la ley 728 CLAS.

Respecto a cómo percibe el ambiente laboral donde trabaja el 43.3% Afirma como agradable y el 40% lo considera Incierto.

Respecto a la relación con compañera de trabajo el 100% refiere y que mantiene una relación adecuada.



Gráfica 1. Regresión lineal de contraste de la inteligencia y liderazgo en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

En la gráfica 1 podemos observar que existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y el liderazgo. Podemos afirmar con un intervalo del 95% de confianza que a mayor inteligencia emocional mayores serán las capacidades de liderazgo observadas en las aptitudes de la población en estudio.

Tabla 4. Medición de los puntajes de los test de inteligencia emocional y liderazgo en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Puntaje Inteligencia Emocional	82.17	88.00	75.00	3.03
Puntaje liderazgo general	226.43	260.00	195.00	14.92

En la tabla 4 se observa los promedios alcanzados por cada una de los test aplicados. La inteligencia emocional tubo un promedio de 82.17 con una desviación típica de 3.03. El puntaje de liderazgo general tuvo un promedio de 226.43 con una desviación estándar de 14.92. Se observa que la medición de la inteligencia emocional los puntajes fueron más homogéneos a diferencia de liderazgo general donde fueron valores más dispersos o heterogéneos.

Tabla 5. Distribución de frecuencia de la calificación de Liderazgo general en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

		n	%
Capacidad de liderazgo general	Bajo	3	10.0%
	Medio	22	73.3%
	Alto	5	16.7%
	Total	30	100.0%

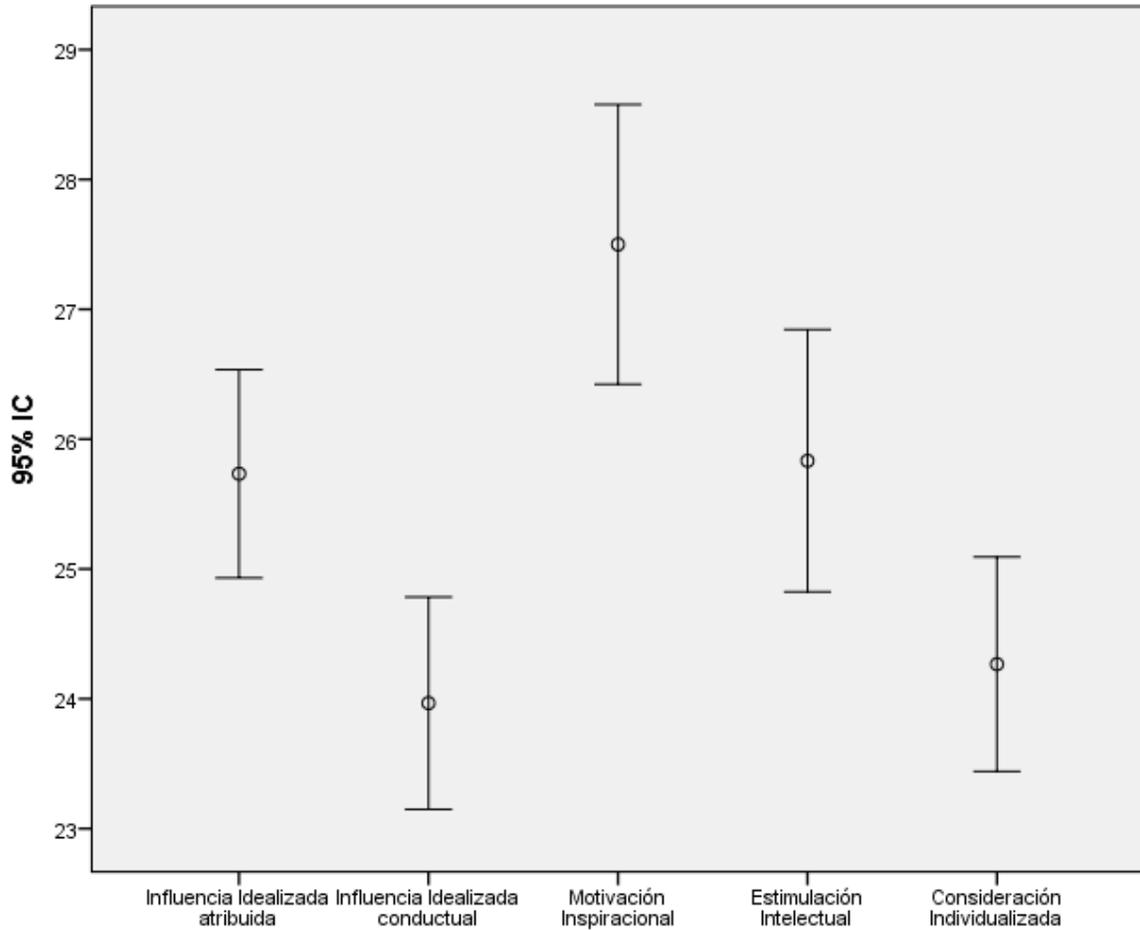
En la tabla 5 se puede observar que el 73.3% de los médicos presentan un nivel de Liderazgo medio, seguido de un 16.7% de capacidades de Liderazgo alto. Se puede observar un 10% con las capacidades consideradas bajas.

Tabla 6. Distribución de frecuencia del nivel de capacidad de liderazgo según dimensiones en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

Dimensiones de la Capacidad de Liderazgo		n	%
Influencia Idealizada atribuida	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%
Influencia Idealizada conductual	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%
Motivación Inspiracional	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%
Estimulación Intelectual	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%
Consideración Individualizada	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%

Se define al liderazgo transformacional como un proceso que se da en la relación líder- seguidor, que se caracteriza por ser carismático de tal forma que los seguidores se identifican y desean emular al líder. Se puede resumir que el sujeto es intelectualmente estimulante y que inspira a través de desafíos y persuasión alcanzar el éxito.

En la tabla 6 podemos observar que en las cinco dimensiones del liderazgo transformacional la población en estudio se encuentra en el nivel bajo.



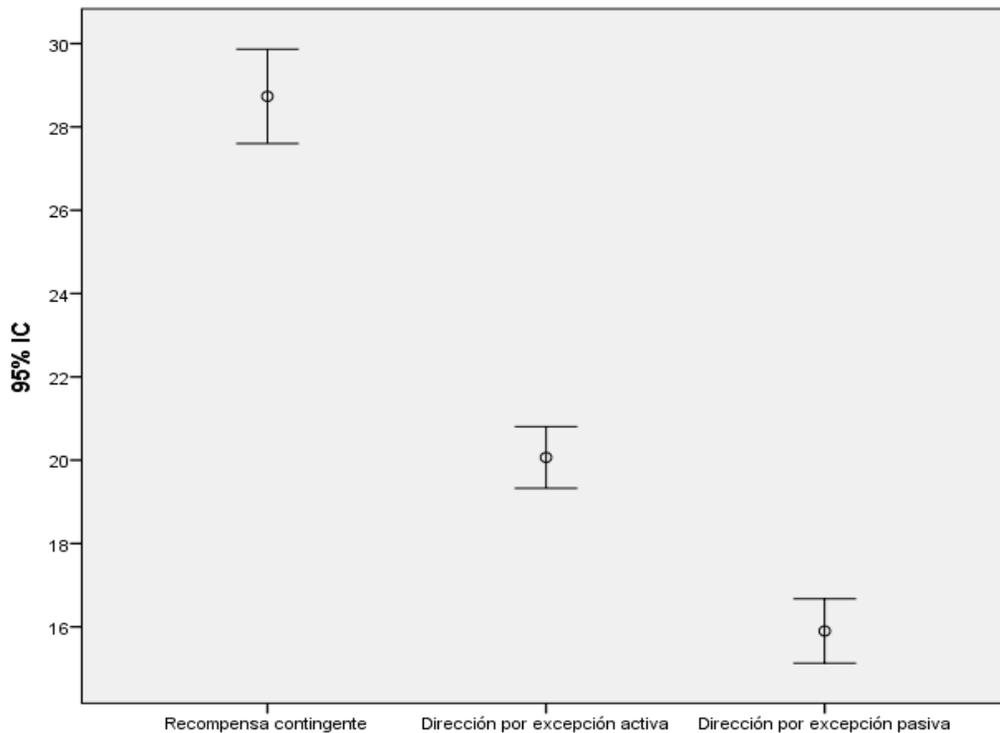
Gráfica 2. Tendencia al 95% de intervalo de confianza de la comparación entre las dimensiones del liderazgo transformacional en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

En la Gráfica 2 podemos observar que a pesar de las cinco dimensiones encontrarse en un nivel bajo, podemos encontrar una diferencia entre ellas, donde destaca que la mejor dimensión era de motivación inspiracional seguido de la estimulación intelectual. La dimensión más comprometida es la de influencia idealizada conductual.

Tabla 7. Distribución de frecuencia del liderazgo transaccional en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

Dimensiones de liderazgo transaccional		n	%
Recompensa contingente	Bajo	23	76.7%
	Medio	7	23.3%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%
Dirección por excepción activa	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%
Dirección por excepción pasiva	Bajo	30	100.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	0	0.0%
	Total	30	100.0%

En la tabla 7, Se puede observar que en las dimensiones de dirección por excepción activa y por excepción pasiva los niveles alcanzados son bajos de Liderazgo. En la dimensión recompensa contingente un 23.3% de los médicos tienen un nivel de Liderazgo medio pero un 76.7% un nivel bajo.



Gráfica 3. Comparación de las dimensiones en la esfera transaccional en el personal médico de micro Red metropolitana 2018

En la Gráfica 3 podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que en la esfera del liderazgo transaccional, la dimensión de recompensa contingente y la más utilizada por los médicos del servicio seguido de una dirección por excepción activa. Y por último la de excepción pasiva. Se puede observar en la Gráfica una diferencia altamente significativa entre las diferentes dimensiones.

Tanto las gráficas 2 y 3 podemos afirmar que si el estudio lo repitiéramos 100 veces en el 95 de los casos que observamos la misma distribución de las dimensiones.

Tabla 8. Medición de nivel de Liderazgo laissez faire en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

Nivel de liderazgo		n	%
Laissez-Faire	Bajo	0	0.0%
	Medio	0	0.0%
	Alto	30	100.0%
	Total	30	100.0%

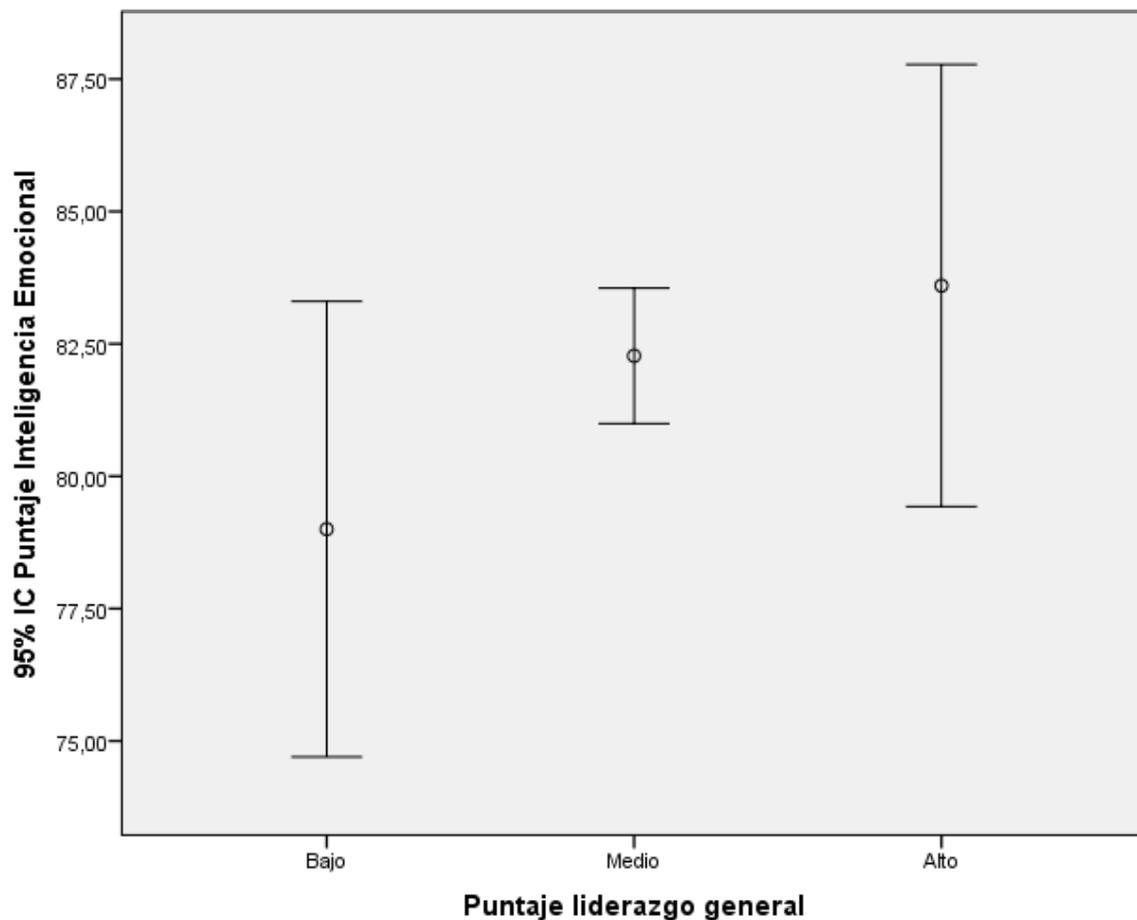
El liderazgo laissez faire describe a líderes que evitan influenciar a sus subordinados, eluden sus responsabilidades de supervisión y no confían en su habilidad para dirigir. Estos líderes dejan mucha de las responsabilidades sobre los demás, no pone metas claras. Y no ayudan al grupo a tomar decisiones al contrario muchas veces las evitan.

En la tabla 8, se muestra la distribución de frecuencia encontrada en el grupo de estudio donde vemos que el tipo de Liderazgo laissez faire se encuentra en el 100% de la población en estudio.

**Tabla 9. Puntaje inteligencia emocional en el el personal médico de la Micro Red
Metropolitano 2018.**

		n	%
Puntaje Inteligencia Emocional	Bajo	4	13.3%
	Medio	23	76.7%
	Alto	3	10.0%
	Total	30	100.0%

En la tabla 9 se observa que el 76.75 del grupo de estudio presentó un nivel de inteligencia emocional medio, seguido de un 13.3% en nivel bajo. Sólo un 10% manifestó un nivel de inteligencia emocional alto.



Gráfica 4. Tendencia de la relación entre la inteligencia emocional y su influencia en el puntaje de Liderazgo general del personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

En la gráfica 4 podemos observar que la inteligencia emocional está directamente relacionada con la posibilidad de Liderazgo y su influencia en el puntaje general de este. Podemos ver que en aquellas personas con liderazgo general bajo, también tenían niveles de inteligencia emocional baja, contrariamente aquellos en los cuales la inteligencia emocional era elevada se evidenció que su nivel de Liderazgo era mucho mejor que los otros grupos.

Tabla 10. Distribución de frecuencia de establecimiento de salud edad y tiempo de servicio según liderazgo general en el personal médico de la Micro Red Metropolitana 2018.

		Puntaje liderazgo general							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Establecimiento de Salud (p: 0.814)	C.S. Leoncio Prado	0	0.0%	5	22.7%	1	20.0%	6	20.0%
	C.S. Bolognesi	0	0.0%	3	13.6%	0	0.0%	3	10.0%
	C.S. Metropolitano	1	33.3%	5	22.7%	1	20.0%	7	23.3%
	C.S. La Natividad	1	33.3%	3	13.6%	0	0.0%	4	13.3%
	C.S. Leguía	1	33.3%	3	13.6%	2	40.0%	6	20.0%
	C.S. Hábitat	0	0.0%	2	9.1%	0	0.0%	2	6.7%
	C.S. Jesús María	0	0.0%	1	4.5%	1	20.0%	2	6.7%
	Total	3	100.0%	22	100.0%	5	100.0%	30	100.0%
Edad (p: 0.223)	30 a 39 años	3	100.0%	5	22.7%	1	20.0%	9	30.0%
	40 a 49 años	0	0.0%	7	31.8%	2	40.0%	9	30.0%
	50 a 59 años	0	0.0%	7	31.8%	1	20.0%	8	26.7%
	60 a 69 años	0	0.0%	3	13.6%	1	20.0%	4	13.3%
	Total	3	100.0%	22	100.0%	5	100.0%	30	100.0%
Tiempo de servicio (p: 0.469)	<= 5 años	2	66.7%	11	50.0%	2	40.0%	15	50.0%
	6 a 10 años	1	33.3%	1	4.5%	0	0.0%	2	6.7%
	11 a 15 años	0	0.0%	3	13.6%	1	20.0%	4	13.3%
	más de 15 años	0	0.0%	7	31.8%	2	40.0%	9	30.0%
	Total	3	100.0%	22	100.0%	5	100.0%	30	100.0%

En la tabla 10 Se observa que no existe diferencia significativa según establecimiento de salud edad y tiempo de servicio y su influencia en el liderazgo general. ($p < 0.05$).

Si bien no existe una asociación estadísticamente significativa algunas proporciones revelan información interesante. Aquellos médicos con puntaje de Liderazgo general alto procedían principalmente del centro de salud Leguía, Leoncio Prado y Metropolitano. Estas proporciones no marcan la diferencia pero si nos permiten tener una observación pragmática del comportamiento en las variables de estudio.

Según edad el nivel más bajo de Liderazgo general estuvo presente en los más jóvenes, 30 a 39 años.

Según tiempo de servicio el 66.7% de los médicos con puntaje de Liderazgo bajo tenían igual o menor a 5 años de tiempo de servicio.

Tabla 11. Relación del establecimiento de salud edad y tiempo de servicio según puntaje de inteligencia emocional en el personal médico de la Micro Red Metropolitano 2018.

		Puntaje Inteligencia Emocional							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Establecimiento de Salud (p: 0.895)	C.S. Leoncio Prado	1	25.0%	4	17.4%	1	33.3%	6	20.0%
	C.S. Bolognesi	0	0.0%	3	13.0%	0	0.0%	3	10.0%
	C.S. Metropolitano	1	25.0%	5	21.7%	1	33.3%	7	23.3%
	C.S. La Natividad	1	25.0%	3	13.0%	0	0.0%	4	13.3%
	C.S. Leguía	0	0.0%	5	21.7%	1	33.3%	6	20.0%
	C.S. Hábitat	1	25.0%	1	4.3%	0	0.0%	2	6.7%
	C.S. Jesús María	0	0.0%	2	8.7%	0	0.0%	2	6.7%
	Total	4	100.0%	23	100.0%	3	100.0%	30	100.0%
Edad (p: 0.772)	30 a 39 años	1	25.0%	8	34.8%	0	0.0%	9	30.0%
	40 a 49 años	1	25.0%	7	30.4%	1	33.3%	9	30.0%
	50 a 59 años	2	50.0%	5	21.7%	1	33.3%	8	26.7%
	60 a 69 años	0	0.0%	3	13.0%	1	33.3%	4	13.3%
	Total	4	100.0%	23	100.0%	3	100.0%	30	100.0%
Tiempo de servicio (p: 0.011)	<= 5 años	1	25.0%	13	56.5%	1	33.3%	15	50.0%
	6 a 10 años	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%
	11 a 15 años	0	0.0%	4	17.4%	0	0.0%	4	13.3%
	más de 15 años	1	25.0%	6	26.1%	2	66.7%	9	30.0%
	Total	4	100.0%	23	100.0%	3	100.0%	30	100.0%

En la tabla 11 se puede observar la relación de establecimiento de salud, edad y tiempo de servicio y su influencia en la inteligencia emocional presente en la población de estudio.

No hubo influencia del establecimiento de procedencia y su asociación a puntaje de inteligencia emocional. La procedencia del centro laboral no marcó la diferencia en los niveles de puntaje no existían una diferencia significativa(p:0.895)

Asimismo la edad no estuvo asociada a inteligencia emocional, lo que nos permite observar que en todas las edades las proporciones de puntaje de inteligencia emocional no fueron estadísticamente diferentes ($p:0.722$).

El tiempo de servicio sí estuvo asociado a la diferencia de puntaje de inteligencia emocional ($p:0.011$).

Podemos observar que en el grupo con inteligencia emocional baja el 25% tenía menos de 5 años de tiempo de servicio y un 50% de 6 a 10 años. En contraparte el 66.7% de aquellos que tenían inteligencia emocional con puntajes elevados Tenían un tiempo de servicio de más de 15 años. Podemos inferir que a mayor tiempo de servicio se alcanza niveles de inteligencia emocional más estables.

3.2. Comprobación de hipótesis

3.2.1. Verificación estadística de primera hipótesis específica

Paso 1. Formulación de hipótesis:

H_0 : Los niveles de inteligencia emocional no son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitano.

H_a : Los niveles de inteligencia emocional son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitano.

Hipótesis estadística:

H_0 : $p > 0.05$

H_a : $p < 0.05$

Paso 2. Nivel de significación asumido: Alfa $\alpha=5\%$

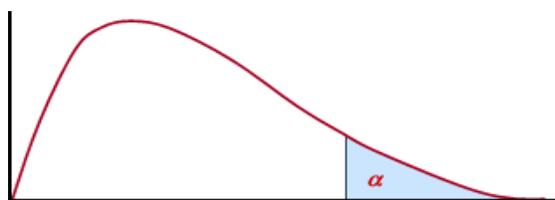
Aconsejable para estudios en ciencias sociales.

Paso 3. Prueba estadísticas

Se elige la prueba chi cuadrado, por ser las características del personal médico variables de tipo cualitativas y además esta prueba permite detectar similitudes y diferencias.

Paso 4. Esquema de prueba:

Región o zona de rechazo



Paso 5. Cálculo del estadístico.

En el programa estadístico SPSS 18.0 se tienen los siguientes resultados:

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

Características demográficas		Puntaje Inteligencia Emocional
Establecimiento de Salud	Chi cuadrado	6.388
	gl	12
	Sig.	0,895 ^{a,b}
Edad	Chi cuadrado	3.665
	gl	6
	Sig.	0,722 ^{a,b}
Tiempo de servicio	Chi cuadrado	16.575
	gl	6
	Sig.	0,011 ^{a,b,*}

Paso 6. Decisión

Cuando el valor p se encuentra por debajo de 0,05 entonces Rechazamos la hipótesis nula.

Los indicadores de establecimiento de salud y edad obtuvieron un valor p no significativo. Solo el Tiempo de servicio respecto a inteligencia emocional obtuvo un valor p de 0,011 (es altamente significativa).

Conclusión 1.

Se concluye, al 95% de confianza, que el nivel de inteligencia emocional es diferentes según la característica tiempo de servicio del personal médico.

3.2.2 Verificación estadística de segunda hipótesis específica

Paso 1. Formulación de hipótesis:

H_0 : Las capacidades de liderazgo no son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitano.

H_a : Las capacidades de liderazgo son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitano.

Hipótesis estadística:

H_0 : $p > 0.05$

H_a : $p < 0.05$

Paso 2. Nivel de significación asumido: Alfa $\alpha=5\%$

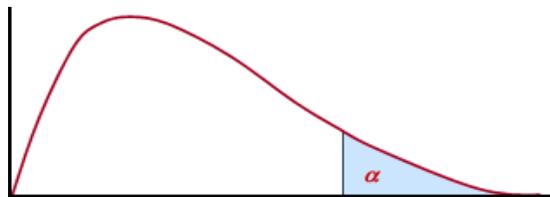
Aconsejable para estudios en ciencias sociales.

Paso 3. Prueba estadísticas

Se elige la prueba chi cuadrado, por ser las características del personal médico variables de tipo cualitativas y además esta prueba permite detectar similitudes y diferencias.

Paso 4. Esquema de prueba:

Región o zona de rechazo



Paso 5. Cálculo del estadístico.

En el programa estadístico SPSS 18.0 se tienen los siguientes resultados:

Características demográficas		Puntaje liderazgo general
Establecimiento de Salud	Chi cuadrado	7.618
	gl	12
	Sig.	,814 ^{a,b}
Edad	Chi cuadrado	8.216
	gl	6
	Sig.	,223 ^{a,b}
Tiempo de servicio	Chi cuadrado	5.608
	gl	6
	Sig.	,469 ^{a,b}

Paso 6. Decisión

Cuando el valor p se encuentra por debajo de 0,05 entonces rechazamos la hipótesis nula.

Los indicadores de establecimiento de salud, edad y tiempo de servicio muestran un valor p por encima de 0.05

Por lo tanto, decidimos. No rechazar la hipótesis nula.

Conclusión 2.

Se concluye, al 95% de confianza, que la capacidad de liderazgo no es diferente en el personal médico de la MicroRed Metropolitano.

3.2.3 Verificación estadística de tercera hipótesis específica

Paso 1. Formulación de hipótesis

H₀: No existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y las capacidades de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitana.

H_a: Existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y las capacidades de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitana.

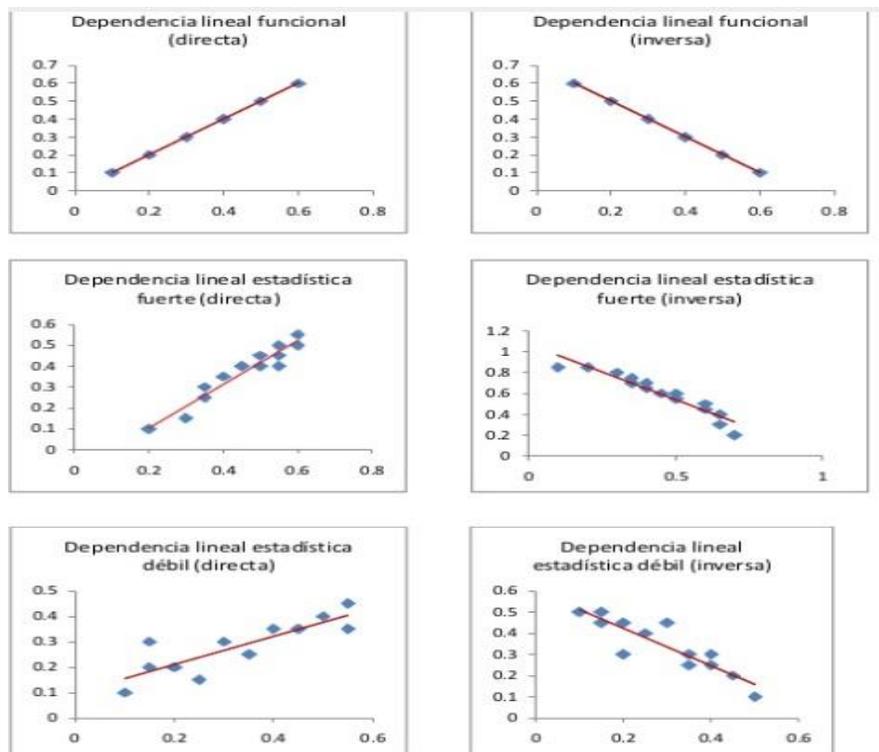
Paso 2. Nivel de significación asumido: Alfa $\alpha=5\%$

Aconsejable para estudios en ciencias sociales.

Paso 3. Prueba estadísticas

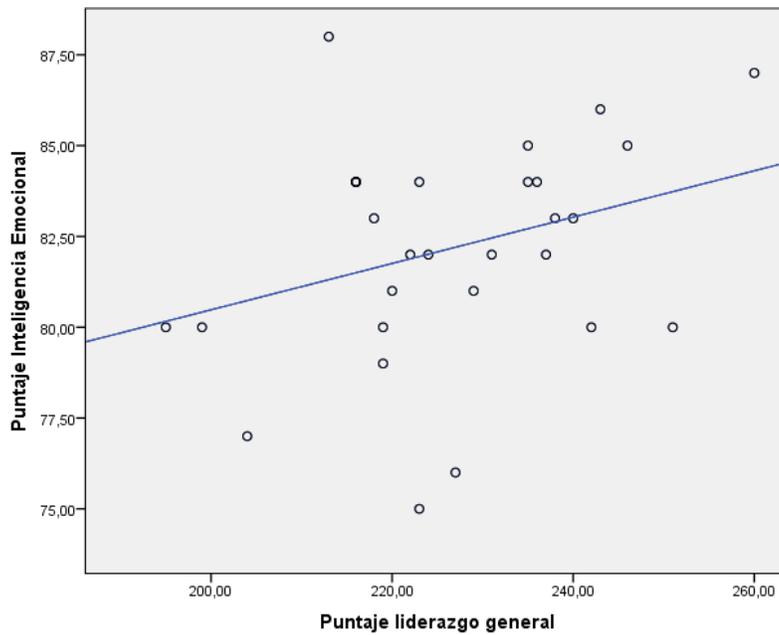
Se elige *la prueba regresión lineal*, por ser las características del personal médico, variables de tipo cuantitativas y además esta prueba permite detectar similitudes y diferencias.

Paso 4. Esquema de prueba:



Paso 5. Cálculo del estadístico.

En el programa estadístico SPSS 18.0 se tienen los siguientes resultados:



r:0.35 (p: 0.05)

Paso 6. Decisión

Cuando la línea se muestra oblicua en orientación a la derecha entonces nos estamos refiriendo a una relación directamente proporcional, por tanto, se decide rechazar la hipótesis nula. Al 95% de I.C. se puede afirmar que el liderazgo depende de la inteligencia emocional en un 35%.

Conclusión 3.

Se concluye, al 95% de confianza, que existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y la capacidad de liderazgo en el personal médico de la MicroRed Metropolitano.

IV. DISCUSIÓN

Desde hace mucho tiempo el ser humano ha intentado mejorar sus aptitudes al dirigir grupos de personas. Existen múltiples teorías al respecto que están preocupadas en la asociación existente entre las habilidades emocionales y las capacidades de liderazgo. Ardila(15) refiere que durante principios del siglo XX, se acuñó el concepto psicométrico de "inteligencia"; y hacia el final del siglo XX se introdujo el concepto neuropsicológico de "funciones ejecutivas" la cual está conformada por las funciones metacognitiva -o intelectual- y emocional / motivacional. Las funciones emocionales han ido siendo sustrato de investigación constante y cada vez cobra mayor importancia. El control de las emociones diferencia al líder de aquel que no lo es.

Hicimos un trabajo de investigación en un grupo de médicos de una de las principales microrredes de la Red de Salud de la región de Tacna, Perú. Se exploraron variables sociodemográficas, donde el 60% de la población en estudio era de sexo femenino y el 40% de sexo masculino y que según la edad el 30% tenía entre 30 a 39 años y en igual proporción el grupo de 40 a 49 años. El 27.7% tenía entre 50 a 59 años y un 13.3% tenía de 60 a más años. El 70% tenía la condición de casado. Asimismo En la tabla 2 se puede observar que el 50% tenía un tiempo de servicio igual o menor a 5 años seguido de un 30% con más de 15 años trabajando para la institución. El 63.3% refiere que recibe supervisiones mensuales seguiré un 26.7% que afirma que nunca ha sido supervisado. El 63.3% refiere que puede acceder a préstamos financieros de la banca privada y el 36.7% a préstamos de la banca privada y nacional cuestiones que favorecen su estabilidad económica familiar y profesional. Según el horario de trabajo el 70% accede a guardias diurnas seguido de un 26.7% que tan sólo labora 6 horas diarias. El 73.3% está en la condición de nombrado y el 43.3% afirma que el medio donde trabaja es agradable, considerando como adecuada la relación con sus compañeros.

Sadeghi (12) en su investigación demuestra que no hubo una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y las variables demográficas, como la

experiencia laboral, la edad, el estado civil y el nivel educativo ($p > 0.05$). En nuestro caso sólo se encontró asociación a inteligencia emocional el tiempo de servicio. A mayor tiempo de labor las aptitudes de inteligencia emocional eran mayores. Stami et al (16) refieren que los servicios contemporáneos o modernos de atención médica son más productivos y exitosos cuando sus profesionales de la salud tienen inteligencia emocional elevada y nosotros coincidimos en esta apreciación. Fernández-Abascal(17) en su trabajo examina la relación entre la inteligencia emocional (EI) y la salud al explicar varios componentes de la salud física y mental. Refiere que el bienestar, el autocontrol y la sociabilidad explican de manera positiva el componente de salud física. Encuentra que ser un médico joven, mujer, y tener niveles más altos de empleo y niveles más altos de educación fueron predictores de inteligencia emocional elevada . Jodar I Solà et al (20) encontró que según sexo, los hombres obtuvieron los resultados más bajos en el estilo transaccional ($p < 0.015$).

Sadeghi (12) refiere que el liderazgo de una organización requiere características específicas para adaptarse a los cambios y la inteligencia emocional es uno de los atributos más importantes que pueden ayudar a los líderes a responder a estos cambios.

Musinguzi (19) afirma que el liderazgo es clave para fortalecer el desempeño de los sistemas de salud. Los estilos de liderazgo son antecedentes organizativos importantes, especialmente para influir en la motivación de los empleados, la satisfacción laboral y el trabajo en equipo. Encontró que sus trabajadores de la salud preferían líderes transformadores (62%) en comparación con ser transaccionales (42%) o laissez-faire (14%). En nuestra investigación encontramos que existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y el liderazgo. Podemos afirmar con un intervalo del 95% de confianza que a mayor inteligencia emocional mayor serán las capacidades de liderazgo observadas en las aptitudes de la población en estudio. Pero al explorar las dimensiones de las capacidades de liderazgo, en las características transformacionales y transaccionales los niveles fueron bajos con una dimensión laissez-faire encontrada como alta.

Jodar I Solà et al (20) afirma que el concepto de liderazgo se ha estudiado en diversas disciplinas y desde diferentes enfoques teóricos. Es un concepto dinámico que evoluciona con el tiempo. En el entorno de atención primaria de salud, el estilo de liderazgo de los gerentes se define como un conjunto de actitudes, comportamientos, creencias y valores. Patel(21) refiere que las características de liderazgo están asociadas con una mayor eficacia del liderazgo en términos de motivación, efectividad y satisfacción. Demuestra que el liderazgo transformacional y la recompensa contingente influyen positivamente en la eficiencia del liderazgo en los investigadores de la salud. KarimiLa(14) va más allá recomendando que la capacitación en inteligencia emocional es popular entre los profesionales de recursos humanos, y que hay una mejora significativa entre los trabajadores en el grupo de entrenamiento en inteligencia emocional. Demuestra el proceso práctico a través del cual la capacitación en inteligencia emocional puede mejorar las experiencias laborales de los trabajadores. Muñoz(13) opina que la evolución de las comunicaciones conduce a nuevas oportunidades para la noción contemporánea de medios inteligentes y propone adquirir destrezas en medios informáticos que ayuden a los profesionales a fortalecer sus emociones aumentando su destreza y confianza en el entorno. Abe(18) refiere que se sabe que la comunicación empática es importante para que los médicos logren una mayor satisfacción del paciente y mejores resultados de salud. Jodar I Solà et al (20) recomienda apoyar el desarrollo de habilidades de liderazgo transformacional en los líderes de los establecimientos de salud podría alentar la motivación de los trabajadores de la salud, fortalecer la satisfacción laboral y mantener la cohesión entre los trabajadores de la salud para una mejor prestación de servicios.

Con nuestro trabajo se ha demostrado que la inteligencia emocional es una virtud que se debe de potenciar en los trabajadores y en especial en las personas que dirigen a otras personas. Proponer capacitaciones a todo nivel al respecto generaría una corriente de mejora en el personal y rescataría espontáneamente a aquellos que cuentan con virtudes de liderazgo mayor. Asimismo, se debería potenciar el acceso a la tecnología informática moderna y relaciones humanas empáticas. Esto mejoraría la autoestima de los trabajadores porque los haría más competitivos o en su defecto les daría las

herramientas necesarias para poder enfrentar los problemas del día a día. Esta iniciativa permitiría la mejora continua de la atención y redundaría en una mejor calidad de servicio, así como potenciaría el principal capital de una institución: el recurso humano.

V. CONCLUSIONES

1. El 76,7% de los médicos se encuentran con un nivel de inteligencia emocional media, seguido de un 13.3% considerado como bajo y un 10% como alto. El promedio de puntaje alcanzado fue de 82.17 con una DE de 3.03. No hubo diferencia según establecimiento de procedencia ($p:0.895$). La edad no estuvo asociada a inteligencia emocional, ($p:0.722$). El tiempo de servicio sí estuvo asociado a la diferencia de puntaje de inteligencia emocional ($p:0.011$). Se puede inferir que a mayor tiempo de servicio se alcanza niveles de inteligencia emocional más estables.
2. El 73.3% de los médicos presentan un nivel de liderazgo medio seguido de un 16.7% de capacidades de liderazgo alto. Si pudo observar un 10% con las capacidades de liderazgo bajas. Se encontró que en las cinco dimensiones del liderazgo transformacional y las 3 de la dimensión transaccional predomina la condición de capacidad de liderazgo bajo. El tipo de Liderazgo preferido por el grupo de estudio es el laissez faire (100% de la población en estudio). Las variables sociodemográficas y laborales no estuvieron asociadas al liderazgo.
3. Existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y el liderazgo. Podemos afirmar con un intervalo del 95% de confianza que a mayor inteligencia emocional mayor serán las capacidades de liderazgo observadas en las aptitudes de la población en estudio. No hubo diferencia según características sociodemográfica.

VI. RECOMENDACIONES

1. Empoderar de los resultados a los gerentes de las instituciones involucradas para potenciar el apoyo a los profesionales de la salud, optimizando sus capacidades de inteligencia emocional y de liderazgo a través de capacitaciones y entrenamiento continuo.
2. Realizar trabajos de investigación experimental que proponga estrategias de mejora o programas de potenciación activa en el campo de la inteligencia emocional y en el campo del liderazgo en el grupo de médicos y otros trabajadores de salud.

VII. REFERENCIAS

1. World Bank. World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People [Internet]. The World Bank; 2003 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/0-8213-5468-X>
2. Oleribe OO, Taylor-Robinson SD. Before Sustainable Development Goals (SDG): why Nigeria failed to achieve the Millennium Development Goals (MDGs). Pan Afr Med J [Internet]. 22 de junio de 2016 [citado 25 de mayo de 2018];24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072827/>
3. Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC, van Engen ML. Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: a meta-analysis comparing women and men. Psychol Bull [Internet]. julio de 2003;129(4):569-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12848221>
4. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 4 de diciembre de 2008 [citado 25 de mayo de 2018];8:247. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
5. Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. Hum Resour Health [Internet]. 7 de marzo de 2006 [citado 25 de mayo de 2018];4:6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1450300/>
6. Burns JM. Leadership. New York: Harper & Row; 1978.
7. Bass BM, Avolio BJ. Developing Transformational Leadership: 1992 and Beyond. J Eur Ind Train [Internet]. mayo de 1990 [citado 25 de mayo de 2018];14(5). Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/03090599010135122>
8. Farahbakhsh S. The Role of Emotional Intelligence in Increasing Quality of Work Life in School Principals. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 25 de mayo

de 2018];46:31-5. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812011913>

9. Salari A, Zamahani M, Rasouli R. Study The Relationship Between Emotional Intelligence Of The Managers And Their Entrepreneurial Personality In Air-Handling Units And Industrial Diffusers Manufacturers With Using Artificial Neural Network. 2014;3(2):7.

10. Pillay M, Viviers R, Mayer C-H. The relationship between emotional intelligence and leadership styles in the South African petrochemical industry. SA J Ind Psychol [Internet]. 8 de noviembre de 2013 [citado 25 de mayo de 2018];39(1):12. Disponible en: <https://sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/1109>

11. Goleman. Emotional Intelligence: Why it Can Matter More Than IQ: [Internet]. 2010 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.amazon.co.uk/Emotional-Intelligence-Matter-More-Than/dp/0747528306>

12. Sadeghi T, Kiani MA, Saeidi M, Moghaddam HT, Ghodsi MJ, Hoseini R. The relationship between emotional intelligence with administrators' performance at Mashhad University of Medical Sciences. Electron Physician. marzo de 2018;10(3):6487-93.

13. Muñoz S, Araque O, Sánchez-Rada JF, Iglesias CA. An Emotion Aware Task Automation Architecture Based on Semantic Technologies for Smart Offices. Sensors [Internet]. 10 de mayo de 2018;18(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29748468>

14. Karimi L, Leggat SG, Bartram T, Rada J. The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. Health Care Manage Rev [Internet]. 9 de mayo de 2018; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29742522>

15. Ardila A. Is intelligence equivalent to executive functions? Psicothema [Internet]. 2018;30(2):159-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29694315>

16. Stami T, Ritin F, Dominique P. Demographic predictors of emotional intelligence among radiation therapists. J Med Radiat Sci [Internet]. 23 de abril de 2018; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29687618>

17. Fernández-Abascal EG, Martín-Díaz MD. Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Front Psychol* [Internet]. 2015;6:317. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25859229>
18. Abe K, Niwa M, Fujisaki K, Suzuki Y. Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students. *BMC Med Educ*. 27 de marzo de 2018;18(1):47.
19. Musinguzi C, Namale L, Rutebemberwa E, Dahal A, Nahirya-Ntege P, Kekitiinwa A. The relationship between leadership style and health worker motivation, job satisfaction and teamwork in Uganda. *J Healthc Leadersh* [Internet]. 2018;10:21-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29719425>
20. Jodar I Solà G, Gené I Badia J, Hito PD, Osaba MAC, Del Val García JL. Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 12 de 2016;16(1):572. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733141>
21. Patel VM, Ashrafian H, Uzoho C, Nikiteas N, Panzarasa P, Sevdalis N, et al. Leadership behaviours and healthcare research performance: prospective correlational study. *Postgrad Med J* [Internet]. 16 de mayo de 2016; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27190092>
22. Robbins S. *Organizational Behavior* [Internet]. [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.abebooks.com/Organizational-Behavior-9th-Edition-Robbins-Stephen/2508023761/bd>
23. Mayer, J.D., and P. Salovey. 1997. What is emotional intelligence? In *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, ed. P. Salovey and D.J. Sluyter. New York: Basic Books.
24. Bar-On, Reuven. 1997. *Bar-On Emotional Quotient inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

25. George JM. Emotions and Leadership: The Role of Emotional Intelligence. *Hum Relat* [Internet]. agosto de 2000 [citado 25 de mayo de 2018];53(8):1027-55. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0018726700538001>
26. Melita Prati L, Douglas C, Ferris GR, Ammeter AP, Buckley MR. EMOTIONAL INTELLIGENCE, LEADERSHIP EFFECTIVENESS, AND TEAM OUTCOMES. *Int J Organ Anal* [Internet]. enero de 2003 [citado 25 de mayo de 2018];11(1):21-40. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/eb028961>
27. Dulewicz V, Higgs M. Leadership at the top: the need for emotional intelligence in organizations. *Int J Organ Anal* [Internet]. 1 de marzo de 2003 [citado 25 de mayo de 2018];11(3):193-210. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/eb028971>
28. Barling J, Slater F, Kelloway EK. Transformational leadership and emotional intelligence: an exploratory study. *Leadersh Organ Dev J* [Internet]. 1 de mayo de 2000 [citado 25 de mayo de 2018];21(3):157-61. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/01437730010325040>
29. Palmer B, Walls M, Burgess Z, Stough C. Emotional intelligence and effective leadership. *Leadersh Organ Dev J*. 2001;22(1):5-10.
30. Higgs M, Aitken P. An exploration of the relationship between emotional intelligence and leadership potential. *J Manag Psychol* [Internet]. 1 de diciembre de 2003 [citado 25 de mayo de 2018];18(8):814-23. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/02683940310511890>
31. Rosete D, Ciarrochi J. Emotional intelligence and its relationship to workplace performance outcomes of leadership effectiveness. *Leadersh Organ Dev J* [Internet]. 1 de julio de 2005 [citado 25 de mayo de 2018];26(5):388-99. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/01437730510607871>
32. Feyerherm AE, Rice CL. Emotional intelligence and team performance: the good, the bad and the ugly. *Int J Organ Anal* [Internet]. 1 de abril de 2002 [citado 25 de mayo de

- 2018];10(4):343-62. Disponible en:
<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/eb028957>
33. The New Leaders – Transforming the art of leadership into the science of results”, by Daniel Goleman, Richard Boyatzio and Annie Mckee. :6.
34. Bass BM, Avolio BJ. Multifactor Leadership Questionnaire [Internet]. American Psychological Association; 2011 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03624-000>
35. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ*. 18 de septiembre de 1999;319(7212):738-43.
36. Birks YF, Watt IS. Emotional intelligence and patient-centred care. *J R Soc Med* [Internet]. agosto de 2007 [citado 25 de mayo de 2018];100(8):368-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1939962/>
37. MindTools. What Is Leadership? [Internet]. 2018 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.mindtools.com/pages/article/newLDR_41.htm
38. Al-Sawai A. Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We Stand? *Oman Med J* [Internet]. julio de 2013 [citado 25 de mayo de 2018];28(4):285-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725246/>
39. Healthforce Center. Importance of Leadership in Healthcare Organizations | Healthforce Center [Internet]. 2018 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://healthforce.ucsf.edu/blog-article/healthcare-leadership/importance-why>
40. Rudnick Jr. Transformational Leadership [Internet]. 2007 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.chausa.org/publications/health-progress/article/may-june-2007/transformational-leadership>
41. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis J-L, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Policy*. julio de 2005;10 Suppl 1:35-48.

42. Greig G, Entwistle VA, Beech N. Addressing complex healthcare problems in diverse settings: insights from activity theory. *Soc Sci Med* 1982 [Internet]. febrero de 2012;74(3):305-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21420212/>
43. Garman AN, McAlearney AS, Harrison MI, Song PH, McHugh M. High-performance work systems in health care management, part 1: development of an evidence-informed model. *Health Care Manage Rev* [Internet]. septiembre de 2011;36(3):201-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21646880/>
44. Definición de líder — Definicion.de [Internet]. Definición.de. [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/lider/>
45. Ledesma. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos [Internet]. [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712002000200003

ANEXOS

Instrumentos

1. Establecimiento de Salud

- a) C.S. Ciudad Nueva
- b) C.S. La Esperanza
- c) C.S. Alto Alianza
- d) P.S. J.V. Alvarado
- e) P.S. Cono Norte
- f) P.S. Intiorko

2. **Edad:** _____ Años

3. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

4. Estado civil

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Viudo
- d) Divorciado
- e) Separado
- f) Conviviente

5. **N° de hijos:** _____

6. **Tiempo de servicio:** _____ (en años)

7. Supervisión :

- a) Ninguna

- b) semanal
- c) Quincenal
- d) Mensual

8. Nivel de incentivos

- a) Canasta familiar
- b) Pago de movilidad
- c) Préstamos financieros Banca Privada
- d) Préstamos financieros banca nacional

9. Horario de trabajo

- a) 3 horas diarias o menos
- b) 6 horas diarias
- c) 8 horas diarias
- d) 12 horas (guardias diurnas)
- e) 12 horas (guardias nocturnas)

10. Condición laboral

- a) Ley 276 Nombrado
- b) Ley 276 Contratado
- c) Ley 728 CLAS
- d) Locación transitoria (por horas)

11. Ambiente laboral :

- a) Agradable
- b) Tenso
- c) No agradable
- d) Incierto

12. Relación con compañeros de trabajo

- a) Adecuada
- b) No adecuada

Instrumento de Inteligencia Emocional

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **Bastante en desacuerdo**
3. **Desacuerdo**
4. **Ni de acuerdo Ni desacuerdo**
5. **Acuerdo**
6. **Bastante de acuerdo**
7. **Totalmente de acuerdo**

	1	2	3	4	5	6	7
Apreciación de sus propias emociones							
1. Conozco que tengo ciertos sentimientos acerca de algo en la mayoría del tiempo.							
2. Comprendo muy bien mis propias emociones.							
3. Comprendo lo que siento.							
4. Siempre sé si estoy o no feliz.							
Apreciación de otras emociones							
5. Siempre conoce las emociones de sus amigos a partir de sus conductas.							
6. Soy un buen observador de las emociones de los demás.							
7. Soy sensible a los sentimientos y emociones de los demás.							
8. Tengo una buena comprensión de las emociones de la							
Utilización de las emociones							
9. Siempre me fijo metas y luego trato de alcanzarlas lo mejor posible.							
10. Siempre me digo que soy una persona competente.							
11. Soy una persona auto-motivadora.							
12. Siempre me animo para dar mi mejor esfuerzo.							
La regulación de las emociones							
13. Soy capaz de controlar mi temperamento para manejar							
14. Soy muy capaz de controlar mis propias emociones.							
15. Siempre puedo calmarme rápidamente cuando estoy muy enojado.							

Fuente: Wong & Law (2002)

Instrumento de Liderazgo

- 0 : Nunca**
1: Rara Vez
2: A Veces
3: A Menudo
4: Frecuentemente, sino Siempre

	0	1	2	3	4
1. Me ayuda siempre que me esfuerce.					
2. Acostumbra a evaluar críticamente creencias y supuestos, para ver si son los apropiados.					
3. Trata de no interferir en los problemas hasta que se vuelven serios.					
4. Trata de poner atención sobre irregularidades, errores y desviaciones de los estándares requeridos.					
5. Le cuesta involucrarse cuando surge alguna situación relevante.					
6. Expresa sus valores y creencias más importantes.					
7. Suele estar ausente cuando surgen problemas importantes.					
8. Cuando resuelve problemas trata de verlos de formas distintas.					
9. Dirige la atención hacia el futuro de modo optimista.					
10. Me siento orgulloso/a de estar asociado con él/ella.					
11. Aclara y especifica la responsabilidad de cada uno, para lograr los objetivos de desempeño.					
12. Se decide a actuar sólo cuando las cosas funcionan mal.					
13. Tiende a hablar con entusiasmo sobre las metas.					
14. Considera importante tener un objetivo claro en lo que se hace.					
15. Dedicar tiempo a enseñar y orientar.					
16. Deja en claro lo que cada uno podría recibir, si lograra las metas.					
17. Mantiene la creencia que si algo no ha dejado de funcionar totalmente, no es necesario arreglarlo.					
18. Por el bienestar el grupo es capaz de ir más allá de sus intereses.					

19. Me trata como individuo y no sólo como miembro de un grupo.					
20. Sostiene que los problemas deben llegar a ser crónicos antes de actuar.					
21. Actúa de modo que se gana mi respeto.					
22. Pone toda su atención en la búsqueda y manejo de errores, quejas y fallas.					
23. Toma en consideración las consecuencias morales y éticas en las decisiones adoptadas					
24. Realiza un seguimiento de todos lo errores que se producen.					
25. Se muestra confiable y seguro.					
26. Construye una visión motivante del futuro.					
27. Dirige mi atención hacia fracasos o errores, para alcanzar los estándares.					
28. Le cuesta tomar decisiones.					
29. Considera que tengo necesidades, habilidades y aspiraciones que son únicas.					
30. Me ayuda a mirar los problemas desde distintos puntos de vista.					
31. Me ayuda a desarrollar mis fortalezas.					
32. Sugiere nuevas formas de hacer el trabajo.					
33. Tiende a demorar la respuesta de asuntos urgentes.					
34. Enfatiza la importancia de tener una misión compartida.					
35. Expresa satisfacción cuando cumplo con lo esperado.					
36. Expresa confianza en que se alcanzarán las metas.					
37. Es efectivo/a en relacionar mi trabajo con mis necesidades.					
38. Utiliza métodos de liderazgo que me resultan satisfactorios.					
39. Me motiva a hacer más de lo que esperaba hacer.					
40. Es efectivo/a al representarme frente a los superiores.					
41. Puede trabajar conmigo en forma satisfactoria.					
42. Aumenta mi motivación hacia el éxito.					
43. Es efectivo/a en encontrar las necesidades de la organización.					

44. Me motiva a trabajar más duro.					
45. El grupo que lidera es efectivo.					
46. Comparte los riesgos en las decisiones tomadas en el grupo de trabajo.					
47. Tengo confianza en sus juicios y sus decisiones.					
48. Aumenta la confianza en mí mismo/a.					
49. Evalúa las consecuencias de las decisiones adoptadas.					
50. Busca la manera de desarrollar mis capacidades.					
51. Aclara lo que recibiré a cambio de mi trabajo.					
52. Se concentra en detectar y corregir errores.					
53. Espera que las situaciones se vuelvan difíciles de resolver para empezar a actuar.					
54. Tiende a no corregir errores ni fallas.					
55. Hace que yo desee poner más de mi parte en el trabajo.					
56. El rendimiento productivo del grupo que dirige es bien evaluado dentro de la organización.					
57. Es coherente entre lo que dice y lo que hace.					
58. Para mí él/ella es un modelo a seguir.					
59. Me orienta a metas que son alcanzables.					
60. Estimula la tolerancia a las diferencias de opinión.					
61. Tiende a comportarse de modo de poder guiar a sus subordinados.					
62. Se relaciona conmigo personalmente.					
63. Cuando logro los objetivos propuestos, me informa que lo he hecho bien.					
64. Le interesa corregir y solucionar los errores que se producen.					
65. En general no supervisa mi trabajo, salvo que surja un problema grave.					
66. Generalmente prefiere no tomar decisiones.					
67. Aumenta mi deseo de alcanzar las metas.					
68. Es efectivo/a en buscar formas de motivar al grupo de trabajo.					

69. Manifiesta interés por lo valioso de mis aportes para resolver problemas.					
70. Encuentro satisfacción al trabajar con él/ella.					
71. Le interesa conocer las necesidades que tiene el grupo de trabajo.					
72. Me muestra los beneficios que me acarrea el alcanzar las metas organizacionales.					
73. Me estimula a expresar mis ideas y opiniones sobre el método de trabajo.					
74. Se da cuenta de lo que necesito.					
75. Tiene la creencia de que cada cual debe buscar su forma de hacer el trabajo.					
76. Cumple en general con las expectativas que tengo de él/ella.					
77. Me informa constantemente sobre mis fortalezas.					
78. Cree que muchos problemas se resuelven solos, sin necesidad de intervenir.					
79. Logra contar conmigo cada vez que hay trabajo extra.					
80. Lo/la escucho con atención.					
81. Construye metas que incluyen mis necesidades.					
82. Me es grato trabajar con él /ella.					

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Inteligencia emocional y prácticas de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna, 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		METODOLOGÍA
¿Qué relación existe entre la Inteligencia emocional y las capacidades de liderazgo en el personal profesional médico de la Microred de Salud de la Red Tacna, 2018?	Relacionar las características de Inteligencia emocional y su asociación en las capacidades de liderazgo en el personal profesional médico de la Microred de Salud de la Red Tacna, 2018	Existe una relación directa y significativa entre el nivel de inteligencia emocional y las capacidades de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitana.	VARIABLE	INDICADORES	<p>Tipo: Básica – No experimento</p> <p>Nivel: Descriptivo.</p> <p>Diseño: Correlacional – Cuantitativo</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR M --> O_x M --> O_y O_x --- r --- O_y </pre> </div> <p>Donde:</p> <p>M = Personal médico salud, de la Microred Metropolitana de Tacna.</p> <p>O_x = Observación de variable: inteligencia emocional.</p> <p>O_y = Observación de variable: Prácticas de liderazgo.</p> <p>R = Relación entre las variables</p>
a. ¿Cuáles son las características de liderazgo según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018?	a. Identificar las características de liderazgo según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018.	Los niveles de inteligencia emocional son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitana.	INTELIGENCIA EMOCIONAL	Valoración y expresión de las emociones propias. Valoración y reconocimiento de las emociones de otros. Regulación de propias emociones. Uso de las emociones para facultar el desempeño.	
b. ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018?	b. Medir el nivel de inteligencia emocional según principales variables sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018.	Las capacidades de liderazgo son proporcionalmente diferentes en el personal médico de la Microred Metropolitana.	PRACTICAS DE LIDERAZGO	Desafiar los procesos Inspirar una visión compartida Facultar a otros para actuar Servir de modelo Brindar aliento.	
c. ¿Cuál es el nivel de asociación entre las características de liderazgo e inteligencia emocional según las principales características sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018?	c. Mensurar el nivel de asociación entre las características de liderazgo e inteligencia emocional según las principales características sociodemográficas y laborales del personal médico de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, 2018.	Existe una relación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y las capacidades de liderazgo en el personal médico de la Microred Metropolitana.	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Establecimiento de salud Edad Sexo Estado Civil N° de hijos Tiempo de servicio Supervisión Nivel de Incentivos Horario de trabajo Condición laboral Ambiente laboral Relación con compañeros	

