



Universidad de Baja California

TESIS DOCTORAL

**Correlación de la Inteligencia Emocional
y la Gestión Directiva Hospitalaria.**

QUE PRESENTA

Alberto Hipólito Pizarro Gallardo

PARA OBTENER EL GRADO DE

Doctor en Gerencia Pública y Política Social

DIRECTOR DE TESIS DOCTORAL

Dr. Pablo Pineda Ortega

Tepic, Nayarit; Marzo de 2014.

ÍNDICE.	Página
Índice general-----	2
Lista de gráficos -----	3
Resumen -----	8
Palabras Claves -----	9
Abstract -----	10
INTRODUCCIÓN. -----	11
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA. -----	20
1.1 Planteamiento del problema -----	20
1.2 Objetivos de la investigación -----	27
1.2.1. Objetivo general. -----	27
1.2.2. Objetivos específicos -----	27
1.3 Hipótesis -----	28
1.4 Justificación -----	29
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. -----	35
2.1. Historia-----	36
2.2. Hospital-----	38
2.3. Fundamentos de Inteligencia Emocional. -----	40
2.3.1. Anatomía -----	40
2.3.2. Histología -----	45
2.3.3. Fisiología. -----	49
2.3.4. Fisiopatología -----	60
2.3.5. Descripción inteligencia emocional-----	61
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO. -----	88
3.1. Diseño de investigación. -----	88
3.2. Nivel de investigación. -----	88
3.3. Diseño de la investigación. -----	88
3.4. Importancia del trabajo. -----	89
3.5. Población y muestra. -----	90
3.6. Instrumentos. -----	90
3.7. Métodos y Técnicas. -----	91
3.8. Variables. -----	92
3.9. Procesamiento de datos. -----	96
3.10. Procesamiento y análisis estadístico de datos. ----	96
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS. -----	99
4.1. Resultados obtenidos. -----	100
4.2. Discusión de resultados. -----	113
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES -----	114
Referencias bibliográficas. -----	117
Anexos. -----	122

Lista de gráficos.

No	Nombre	Página
1	Origen del liderazgo	14
2	Capacidad del liderazgo	14
3	Desempeño directivo	15
4	Tipos de liderazgo	15
5	Manejo administrativo	16
6	Uso de indicadores hospitalarios	17
7	Conflictos laborales	18
8	Toma de decisiones	18
9	Manejo de recursos económicos	19
10	Dirección hospitalaria	21
11	Anatomía de cerebro lateral	42
12	Anatomía sistema límbico	42
13	Anatomía áreas de Brodman	42
14	Anatomía de trígono hipocampo y cíngulo	43
15	Relación de amígdala e hipocampo	43
16	Anatomía cerebral inferior	44
17	Diferentes tipos de neuronas	46
18	Neuronas de Purkinje.	46
19	histología Neurona motora con daño	46
20	Neurona.	47
21	Sinapsis	47
22	Terminaciones pre y postsinápticas	48
23	ME neurotransmisores presinápticos	48
24	Acción de acetilcolina	49
25	Funcionamiento de la mente humana	50
26	Conexiones nerviosas de las emociones	55
27	Estimulación simpática de las emociones	56
28	Redes de comunicación de las neuronas	59
29	cuatro elementos de la inteligencia emocional	61
30	Función de hemisferios cerebrales	65
31	Funciones de hemisferios cerebrales	65
32	Conceptos del Iceberg	71
33	Leyes de Yerkes Dodson	73
34	Histograma edad de directivos	99
35	Diferencia de promedios entre directivos	100
36	Histograma de meses de gestión de directivos	100
37	Histograma de Puntuación Inteligencia emocional	101
38	Resultados generales de gestión directiva	101

39	tabla cruzada de directivos e infraestructura	103
40	Tabla cruzada de directivos y liderazgo	103
41	Tabla cruzada de directivos y recursos humanos	103
42	Tabla cruzada de directivos y administración	104
43	tabla de categorías de dirigentes	104
44	Dependencias y gestión directiva promedio	105
45	Histograma puntuación gestión hospitalaria	105
46	Gráfica de promedios de diferentes dirigentes	106
47	Gráfica de dispersión IE y Gestión directiva	106
48	Gráfica de regresión lineal	107
49	Resultados estadísticos correlación r	107
50	Dispersión PIE y PDDIR diferentes estados	108
51	Correlación r con tipo de liderazgo	109
52	Gráfica de dispersión con el tipo de líder	109
53	Gráfica por sexo	110
54	Correlación r con políticos.	111
55	Gráfica caja de políticos.	111
56	Diferencia de medias de políticos	112
57	Gráfica promedio de inteligencia emocional	112

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Antonio Ayón Bañuelos, por mantener vigente el programa de Maestrías y Doctorados en la Universidad de Baja California, así como mantener una puerta abierta a profesores y áreas afines para cumplir con el más alto nivel de educación que es la obtención de un doctorado.

Al Dr. Claudio Rafael Vásquez Martínez, por la valiosa orientación y apoyo en el proceso de esta investigación.

Al Doctor Pablo Pineda Ortega por su apoyo en la realización de esta tesis.

A cada uno de los docentes, que contribuyeron en mi formación médica e investigadora.

Al Dr. Kiochi Nakamura y al Dr. Yo Kato dos investigadores Japoneses que me enseñaron a trabajar a largo plazo y a pensar en grande.

A mis maestros Dr. **Roberto Bandala**, Dr. **Roberto Plata**, Dr. **René Tornero** y Dr. **Guillermo Gálvez**, que me enseñaron a querer y amar a la medicina.

DEDICATORIAS.

A **DIOS**. Ser supremo y fuente inagotable de la sabiduría e inteligencia.

A **mis padres**, porque son mi familia y me estimularon para que fuera mejor ser humano.

A **mi esposa**, por su gran apoyo en toda mi carrera profesional, por los dibujos realizados y por comprenderme y apoyarme.

A **mi Hijo**, por su gran dedicación al estudio y al trabajo.

A **mi hermano y mis cuñadas** por la confianza que me han otorgado.

El haber cursado una maestría me facilitó el estudio y la investigación del doctorado y hoy tengo la satisfacción personal de haber concluido esta etapa.

ABREVIATURAS

IE Inteligencia emocional.

DD Desempeño directivo.

LA Liderazgo Autoritario.

GP Gestión Pública.

IH Indicadores hospitalarios.

PIE Puntuación de inteligencia emocional.

PDDIR Puntuación de la gestión directiva.

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE Instituto de Seguridad Social de los trabajadores del estado.

OCDE Organización para la cooperación y desarrollo.

SPSS Software de estadística de investigaciones sociales.

SSA Secretaría de Salubridad.

RESUMEN.

La presente investigación surge de dos preguntas que me hice cuando fui director de una clínica médica periférica en el servicio social.

¿Por qué los hospitales no funcionan bien? yCuál es la función de los directores de los hospitales?.

Yo tengo un especial interés por conocer más del funcionamiento de los directores de hospitales y porque varios de ellos tienen grandes conflictos en la atención médica, en el control de los medicamentos y los insumos hospitalarios. Además me interesaba conocer su inteligencia emocional para afrontar la dirección hospitalaria y cuál es su gestión directiva en el hospital.

El objetivo de esta investigación fue Correlacionar si el director hospitalario con inteligencia emocional tiene correlación con su gestión directiva mediante dos test con puntuación en varios hospitales de la República Mexicana en 2013.

El principal propósito de esta investigación es determinar el coeficiente de correlación r entre la inteligencia emocional y su gerencia como director. Todo esto mediante cuestionarios de evaluación puntual.

Se estudiaron 66 directores, subdirectores y jefes de servicio de diversos hospitales del país a los que se aplicaron los instrumentos de evaluación y los resultados aportaron datos muy interesantes. La correlación r fue 0.74 con r^2 : 0.56, el promedio de inteligencia emocional fue 67.16 puntos y el desempeño de gestión directiva fue 67.5 puntos. La edad promedio fue 48 años y los meses de ejercicio fueron 14 meses. Las variables más importantes de la inteligencia emocional fueron puedo trabajar bajo estrés, en total 20 y la variables de desempeño directivo fueron: 40 distribuidas en cuatro secciones: vigilancia de la infraestructura, liderazgo, vigilancia de recursos humanos y conocimientos administrativos. Con estos resultados se aceptó la hipótesis alterna y se rechazó la hipótesis nula.

En el futuro estos instrumentos de evaluación pueden ser utilizados para ver el perfil de los candidatos a ser directores de un hospital. Y además estos test pueden servir para evaluar el trabajo de un directivo y ver si su inteligencia emocional es capaz de soportar el trabajo arduo que conlleva la dirección de un hospital. Es posible detectar a dirigentes políticos porque falsean datos en infraestructura y no les interesa la enseñanza hospitalaria. Defienden a capa y espada a los usuarios recomendados y les solucionan su problema lo más rápido

posible. Estos directivos son utilizados por gobernantes municipales, diputados y gobernadores.

Palabras clave: inteligencia emocional, gerencia directiva, correlación r , gestión hospitalaria, hospitales, Directores políticos.

ABSTRAT.

The current investigation stems from a special interesting learning more elements that account Emotional Intelligence and performance of direction.

The present research arises from two questions I did when I was director of a peripheral clinic in social service.

Why the hospitals do not work well? And what is the function of the directors of hospitals?.

I have a special interest in knowing more than the operation of hospital directors and because several of them are major conflicts in health care, in the control of drugs and hospital supplies. I also wanted to know his emotional intelligence to deal with the hospital management and which is his overall performance in the hospital.

The objective of this study was to correlate if the hospital director with emotional intelligence has correlation with its management performance through two tests with punctuation in several hospitals in the Mexican Republic in 2013.

The main purpose of this research is to determine the coefficient of correlation r between emotional intelligence and its performance as director. All this through timely assessment questionnaires. 66 Directors were studied and Deputy Heads of various hospitals in the country were applied to those evaluation instruments and the results provided very interesting data. The correlation r was 0.74 r^2 0.56, emotional intelligence averaged 67.1 point and steering performance was 67.5 points. The average age was years 48 and the months of exercise were 14 months. The variables most important emotional intelligence were function and stress the steering performance variables were administration training. With these results it will reject the null hypothesis.

In the future these assessment instruments can be used to view the profile of the candidates to be directors of a hospital. And also this test can be used to evaluate the work of a Manager and see if your emotional intelligence is able to withstand the hard work that entails the management of a hospital.

KEY Words: Emotional intelligence, performance of direction, public gestion.

INTRODUCCIÓN.

La sociedad actual como sistema que constituye un conjunto de culturas y pueblos, ha venido cambiando, y puede decirse sin lugar a dudas, de manera vertiginosa. Los avances técnicos se han producido a una velocidad, que no permite a los individuos la reflexión y el juicio para volverse hacia aquellas en función del bienestar y así mismo, pues, también la conciencia de los individuos, grupos y sociedades específicas en lo diverso del mundo, han reclamado el respeto por el lugar que les corresponde. Es de comprender entonces, que cualquier cambio que ocurra en una ellas, desde cualquier perspectiva, es lógico pensar que afecta a las demás de una u otra manera. La etapa de la evolución socio-cultural en que se encuentra la sociedad mundial, de manera general, ha venido siendo caracterizada en los últimos tiempos, por una progresiva homogeneización fundada en el avance en las tecnologías y a su vez, por una fragmentación que favorece las particularidades culturales y grupos sociales de los distintos pueblos y las diferentes naciones.

Esto, evidentemente hace pensar que se requiere de nuevas propuestas para darle respuestas a las interrogantes, retos y desafíos que se le presentan a la sociedad y satisfacer las necesidades y expectativas que no han podido ser cubiertas por distintos tipos de discriminación, sustentadas en ideas que niegan la dignidad de la persona, como una representación de la tendencia dirigida a la globalización hacia la exclusión.

Pero como debe inferirse, existen también una serie de limitaciones, dificultades, carencias y obstáculos en este contexto que deben ser tomados en cuenta para ir reduciendo las insatisfacciones, que por diversas razones se dan, lo que significa, favorecer de manera sostenida entre las diversas expresiones sociales y culturales de los pueblos del mundo, un proceso de interdependencia e interrelaciones equilibradas, lo que implica en tales instancias unos estilos de liderazgo con nuevos enfoques, innovadores y creativos. Del mismo modo, hay que reconocer, en el contexto sustantivo de estos atributos, el reflejo de la necesidad de mejorar los niveles de la calidad de vida de los miembros de la sociedad, tanto en el marco de lo material como en el contexto de lo espiritual e ideológico, de los pueblos y los grupos sociales. Debe comprenderse en este marco de nuevas circunstancias, que se requiere igualmente, de nuevas propuestas que permitan conjugar con acierto y determinación modelos de análisis con base en diversos enfoques, métodos y disciplinas que contribuyan a eliminar las barreras y los extremos, los que limitan y obstaculizan el logro de mejores niveles de calidad de vida, entre un significativo y determinante de grupos sociales e individuos.

De lo anterior se desprende un documento, cuya estructura se establece en tres partes: Antecedentes del problema, donde se detallan las razones de la investigación, la situación en que se encontró el tema de estudio, que motivó la realización del presente estudio y se detalla el impacto que tendrá el presente estudio y su utilidad para el sector hospitalario, marco teórico se dialogan los fundamentos teóricos de los enfoques más actualizados sobre Inteligencia emocional enfocado a los directores hospitalarios y su efecto en la gestión hospitalaria mediante el tipo liderazgo que ejercen por lo cual se presentan algunas teorías, y su preparación en terrenos administrativos. Metodología, se intenta configurar la búsqueda con base en el método deductivo, aplicado paso a paso; se describe la forma en que se establece la muestra; la forma en que se elabora el instrumento de medición y la forma en cómo se llevará el análisis de la información; para establecer las conclusiones, y recomendaciones del estudio.

A diferencia del primer mundo -Estados Unidos, Europa, etc.-, donde el sector público es eficiente y efectivo, prestando los mejores servicios a la población; en el tercer mundo y especialmente en nuestro país, sucede exactamente lo contrario; es decir el sector público es acusado de deficiente, antieconómico y de falta de efectividad; todo lo cual, en la práctica en el colmo de la situación es aceptado por la comunidad como algo normal. Cuando esto sucede en las dependencias administrativas, no hay mayores problemas, generalmente no repercute contra la salud ni contra la vida; sin embargo cuando esto se refiere a los servicios públicos de salud, ya no es una situación cualquiera, sino que se convierte en una problemática preocupante para los responsables del Sector y especialmente para la población que hace uso de los servicios médicos.

Si bien es cierto los recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y de otro tipo de nuestros hospitales nacionales no tienen la suficiencia ni competencia que se requiere para prestar los mejores servicios médicos; sin embargo, esto se complica cuando no se cuenta con una dirección y gestión efectivas para sacar adelante a estas entidades, todo lo cual repercute en contra de nuestra población.

La problemática identificada en relación con los objetivos de los Hospitales del Sector Salud es la siguiente:

Se ha determinado que no se prioriza la atención integral, por tanto no se privilegia la promoción y prevención de los sectores más vulnerables: indígenas, mujer y niño; no se ha llegado a implementar y mantener la infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud; no se promueve el desarrollo del Potencial Humano en Salud ni consolida una cultura organizacional; no se desarrolla estrategias creativas e innovadoras para incrementar las coberturas,

con énfasis en grupos vulnerables; no se fortalece el suministro de medicamentos bajo el criterio de uso racional. Todos estos problemas llevan a considerar que en los hospitales del Sector Salud no se garantiza la atención integral de los Servicios de Salud y la accesibilidad de toda la población.

Por otro lado, con frecuencia los responsables de la Dirección y gestión no fomentan la participación de la comunidad en la conservación de la Salud, algunos de los pacientes y representantes no hablan español y si no hay traductor es difícil comunicarse con ellos. Ellos no promueven la nutrición adecuada de la población a través de la alimentación complementaria y la vigilancia nutricional; no fomentan conductas y estilos de vida saludables y tampoco previenen, controlan ni tratan las enfermedades transmisibles, no transmisibles y el Control Epidemiológico. Todas estas fallas, llevan a considerar que no existe el fomento de la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad en la promoción y prevención de la Salud como un medio para lograr el desarrollo ciudadano sostenible.

Asimismo, en ocasiones los responsables de la dirección y gerencia de los hospitales no fomentan la administración compartida de redes y establecimientos, ni garantizan la gestión de redes de salud en forma eficiente y efectiva; tampoco desarrollan un sistema integrado de información en Salud para la toma de decisiones. Todo lo cual hace que los hospitales no tengan todos los elementos para conducir un proceso de racionalización en forma efectiva, lo que repercute contra la entidad y especialmente contra la población, que finalmente es la siempre pierde.

La falta de una dirección y gestión efectivas en los Hospitales del Sector Salud conlleva a que estas entidades no sean facilitadoras del cumplimiento de las políticas y responsabilidades de Salud del Estado y a la falta de cumplimiento del Estado de los compromisos de Asistencia y previsión social a favor de la población. La investigación se origina desde el liderazgo de las ciencias sociales con un enfoque de tipo administrativo.

En la figura No. 1, nos indica que el liderazgo es prioritario y esencial en la gestión pública. Su origen inicia desde las ciencias sociales y concluye finalmente en el terreno administrativo. Todo esto determina que todo liderazgo de cualquier tipo en la gestión pública debe conocer principios o elementos administrativos.

Figura 1. Origen del liderazgo



Fuente: Personal.

La capacidad del liderazgo dentro de los hospitales puede tener varios elementos constitutivos. En la figura No. 2 nos describe que el liderazgo debe tener capacidad primero de conocimiento más tarde un estatus medio o superior de inteligencia emocional para que con sus habilidades que realice encuentre las destrezas y logre la eficiencia en la gestión. Todos esos pasos son necesarios y acumulativos. Si el primero no lo tiene adecuado y si inteligencia emocional es pobre sus habilidades y destrezas serán insuficientes y su capacidad de liderazgo será pobre.

Figura 2. Capacidad de Liderazgo



Fuente: Personal.

Por otro lado el desempeño directivo en los hospitales contiene muchos elementos de estudio que se citan en la figura No. 3. Todo inicia desde su ingreso como directivo al hospital, el ya puede tener un liderazgo previo que va a ejercer en este nuevo puesto, pero conocer el manejo administrativo del nuevo trabajo es posible que con cursos ya lo entienda o debe buscar un asesor que lo ayude o iniciar una capacitación en esta área, debe utilizar los indicadores hospitalarios y si no los tiene buscarlos para concretar un diagnóstico situacional del hospital; más tarde,

identificar los problemas y conflictos del personal y jefes más frecuentes, para que posteriormente, con el consejo realicen la toma de decisiones en el manejo del hospital; si fracasa será removido en corto tiempo, si triunfa tendrá un perfil e iniciará su actividad política.

Figura 3. Desempeño Directivo



Fuente: Personal.

Existen diversas clasificaciones de liderazgo cada uno con un perfil especial en nuestra investigación solo nos interesan 3 como se ven en la figura No 4; el autoritario que trabaja solitario, es enérgico y necio con aciertos y fallas, tiene mediano desempeño. El dejar hacer: la persona que no tiene idea de lo que hace, depende de lo que otros hagan, es controlado por otra persona de mayor nivel y acepta todo, tiene pobre desempeño; y finalmente el democrático: el trabaja en equipo, y la toma de decisiones son grupales, en donde todos comparten el éxito o fracaso y es el más efectivo.

Figura 4. Tipos de Liderazgo.



Fuente: Personal.

En la figura No. 5, el manejo administrativo está sustentado por la metodología de los sistemas, todo inicia con planeación a corto y mediano plazo, se establece la

organización jerárquica con un director, 3 subdirectores, varios jefes de servicio, con jefa de enfermeras, administración recursos humanos etc.; se tiene un control de las operaciones de ellos y después de un periodo de tiempo se realiza la evaluación de todos, con esos resultados se volverá a planear e iniciar un nuevo ciclo.

Figura 5. Manejo administrativo.



Fuente: Personal.

En la figura No 6 Los parámetros importantes en la evaluación del desempeño hospitalario son los indicadores hospitalarios. Estos corresponden a:

- Tasa de mortalidad por año. Indica las causas de muerte frecuentes.
- Tasa de morbilidad. Indica las 10 enfermedades frecuentes.
- Porcentaje (%) de ocupación –cama. Nos indica que si tiene menos del 50 % esta subocupado, si tiene de 95-130 % está sobreocupado. Al primero le quitarán presupuesto y al segundo se agotan sus insumos y trabaja mal.
- Los días-cama por enfermedad. El día cama tiene un costo hospitalario de \$ 3,000.00 a \$ 10,000.00 por día, un parto tendrá costo de \$ 3,000.00 una apendicitis \$ 5,000.00 pero un paciente con accidente vascular cerebral su costo \$ 150,000.00.
- Ingresos y egresos con el número de consultas y cirugías en el año. Nos indica la productividad del hospital y se puede comparar con otros semejantes. Si tiene poca productividad disminuirán el presupuesto.
- Tasa de infección hospitalaria, indica las infecciones nuevas al ingresar al hospital y que tan limpio es el hospital.

Las dos primeras tasas nos indican que tipo de hospital es, si hay mas partos y niños es de ginecoobstetricia, si hay ancianos y enfermedades degenerativas es geriátrico, si hay violencia y accidentes es de traumatología.

Figura 6. Indicadores hospitalarios.



Fuente: Personal.

En la figura No 7 el directivo se enfrentará desde su ingreso a conflictos laborales, los cuales pueden ser: periodos

- vacacionales: la mayoría quiere semana santa, periodos escolares fin de año. Los hospitales laboran los 365 días del año y no se pueden quedar sin personal calificado. Estas vacaciones serán sorteadas o el personal con mayor antigüedad tiene preferencia.
- Días festivos y fin de semana: hay mucho ausentismo en esos días y pocos suplentes, la mayoría de las demandas ocurren en esas fechas.
- Incapacidades médicas y suplentes: generan grandes gastos hospitalarios y con frecuencia no hay suplentes específicos.
- Alcoholismo y chismes. Son dos problemas serios que provocan cesantía o trabajadores en pugna que no trabajan en equipo.
- Relación con el sindicato. Con frecuencia los sindicatos impiden la aplicación de la norma hospitalaria porque defienden a ciertos trabajadores que son irresponsables, flojos y no productivos.
- Suspensión laboral. A pesar de demostrar ausentismo laboral, faltas graves a la moral o enfermedades psiquiátricas o alcoholismo los trabajadores y sindicatos no estarán contentos con esto y pueden agredir a los directivos.

Figura 7. Conflictos Laborales



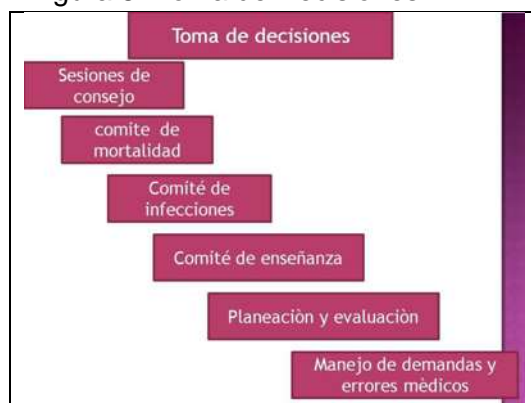
Fuente: Personal.

En la figura No. 8. El elemento de desempeño de gestión es la toma de decisiones. Estas pueden realizarse en sesiones del consejo el líder democrático las hace, el dejar hacer no las hace y el autoritario las controla. Se pueden realizar cada semana o cada mes o trimestre.

Los comités de enseñanza, mortalidad y de infecciones las hacen cada mes. Los líderes democráticos asisten a ellas y se enteran de la problemática. El liderazgo dejar hacer y autoritarios no lo hacen.

Con la información de indicadores hospitalarios y las conclusiones de estos comités se puede planear y evaluar las actividades del hospital para el siguiente año. El líder democrático lo hace los demás no. Con toda esta información el directivo democrático puede manejar y corregir las demandas y errores médicos mientras que los otros liderazgos no saben resolverlo.

Figura 8. Toma de Decisiones.

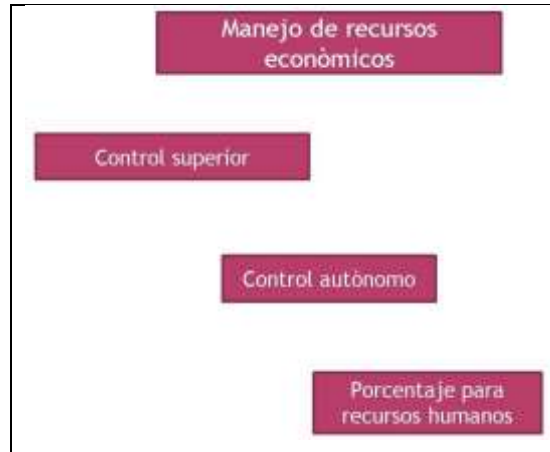


Fuente: Personal.

En la figura No 9 El manejo de los recursos económicos esta jerarquizado desde la federación y tienen un control del 80-90 % de los programas, del 90 % de los recursos humanos del 95% de la infraestructura y 95 % de los insumos.

Los hospitales solo tienen un 5-10 % de maniobra económica independiente. Una solicitud anual errónea puede dejar sin insumos al hospital. Los directivos no saben solicitar los recursos económicos adecuados.

Figura 9. Manejo de Recursos Económicos.



Fuente: Personal.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

ANTECEDENTES.

Tradicionalmente, la investigación en liderazgo iniciada ya por la escuela de Ohio en la década de los 40 ha concentrado las características del liderazgo entorno a dos dimensiones básicas: la dimensión de consideración y la dimensión de iniciación de estructura (Morales, 2001).

Si entendemos las tareas de dirección -coordinación, gestión como auténticos ejercicios de liderazgo, comprobamos que el campo teórico necesita incorporar nuevos matices para analizar con mayor precisión las situaciones de crisis y/o fracaso en el liderazgo. Conviene no olvidar que todo equipo de trabajo genera un conjunto de expectativas inconscientes alrededor de la persona encargada de dirigirlos (Chiavenato, 2009).

En este sentido, Martínez (2007) sostiene que:

“Para el buen funcionamiento de un hospital, todos están de acuerdo que son fundamentales, los recursos. Por tanto, no es tanto el problema, la suficiencia y competencia de los mismos, es más importante, contar con una dirección y gestión efectivas, es decir que sepan utilizar los recursos escasos, tomando las decisiones más relevantes, hasta lograr los objetivos propuestos. Es la aplicación de los conocimientos y experiencia en la toma de decisiones².

Al respecto, Barquín (1992) afirma que:

“La dirección es guiar a un grupo de individuos para lograr los objetivos del hospital. Dirigir implica mandar, influir y motivar al personal para que realicen tareas esenciales. La relación y el tiempo son fundamentales para las actividades de la dirección. La dirección, es el planteamiento, organización, dirección y control de las transacciones de un hospital, a fin de lograr los objetivos que este persigue y así mismo, los pueda alcanzar”.

La dirección debe de saber cómo es el comportamiento de la gente como individuos y cuando están en grupos y entender la forma en cómo operan los diferentes tipos de estructura (Asenjo, 2006).

Por su parte, Terry (1990) plantea la actuación como hacer que todos los miembros del grupo se propongan lograr el objetivo, de acuerdo con los planes y la organización, hechos por el jefe administrativo.

Sin embargo, Fayol (1921) define la dirección indirectamente al señalar:

“Una vez constituido el grupo social, se trata de hacerlo funcionar: tal es la misión de la dirección, la que consiste para cada jefe en obtener los máximos resultados posibles de los elementos que componen su unidad, en interés de la empresa”. La dirección es la parte esencial y central de la administración de un hospital, a la cual se deben subordinar y ordenar todos los demás elementos”.

Analizando todas las variables en la dirección hospitalaria ellas se identifican en figura No 10 en ella se observa que la salud humana se puede realizar con medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, la importante es la preventiva que se hace poco y la más frecuente es la curativa; el medio ambiente puede modificar la salud, Esa atención se realiza en clínicas y hospitales primer, segundo y tercer nivel de atención en todas se busca la calidad de atención pero en todas ellas se requiere infraestructura, recursos humanos equipo e insumos, en varios hospitales hay carencia de alguna de estos elementos; Si se tiene todo se puede hacer un plan administrativo con planeación dirección, control y evaluación todo esto nos permitirá conocer cuál es el desempeño del directivo hospitalario y su inteligencia emocional para resolver los problemas con esto, se conocerá el perfil del directivo, con su liderazgo, capacitación motivación, como resuelve los conflictos y que tanto sabe guiar y con todos estos elementos y con el conocimiento de información de comités y del uso de indicadores hospitalarios tendrá la toma de decisiones correcta y dará respuesta adecuada a las demandas y errores médicos..

Figura 10. Dirección Hospitalaria.



Fuente: Personal.

En tanto, Reyes (2004) sostiene que en un hospital la parte de la administración de los recursos financieros, materiales y tecnológicos, es fundamental para la dirección y gestión, la administración de recursos humanos. Este tipo de administración, comprende la planeación, organización, integración, dirección y control del personal.

En la medida que los hospitales planifiquen en forma táctica y estratégica, organicen estructural y funcionalmente dichos recursos, integren los diferentes niveles de funciones, dirijan dichos recursos con políticas adecuadas y establezcan instrumentos de supervisión, fiscalización y control; entonces se estará encaminando a la efectividad en la prestación de los servicios médicos (Bravo, 1967). La efectividad es un proceso. La obtención de un título profesional es una condición necesaria, pero no suficiente para el logro o la conservación de un empleo.

Hoy en día, las entidades demandan de las personas, adicional a los conocimientos y habilidades técnicas, una serie de capacidades de orden afectivo social que permiten asegurar un desempeño laboral eficaz y eficiente. En ese sentido, la dirección y gestión de los hospitales debe identificar las competencias de sus trabajadores para mantener, cambiar o crear buenos resultados en el rendimiento laboral.

En tanto, Yoder (2006) señala que la dirección y gestión de un hospital, actúa en el ámbito interno, ahí es donde se puede trabajar para facilitar la eficiencia, economía, transparencia y efectividad de los recursos, hasta alcanzar calidad, mejora continua y competitividad de los servicios médicos; sin embargo no se puede dejar de mirar afuera, para ajustar las políticas, estrategias, tácticas y acciones de manera que se pueda aprovechar las oportunidades y neutralizar las amenazas que se presenten.

La eficiencia se refiere a la relación entre esfuerzos y resultados. Si se obtiene más resultados de un esfuerzo determinado, se habrá incrementado la eficiencia. Asimismo, si se puede obtener el mismo resultado con menos esfuerzo, se habrá incrementado la eficiencia. En otras palabras Eficiencia consiste en realizar un trabajo o una actividad al menor costo posible y en el menor tiempo, sin desperdiciar recursos económicos, materiales y humanos; pero a la vez implica calidad al hacer bien lo que se hace.

En las organizaciones no es suficiente ser eficiente, las organizaciones modernas buscan algo más que eso, y eso es la Eficacia. Cuando un Director de Hospital alcanza las metas u objetivos que le impone la institución,

decimos que es Eficaz. Entonces la Eficacia se refiere a los resultados en relación a las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales, por eso para ser Eficaz se debe priorizar las tareas y realizar en orden de precedencia aquellas que contribuyen a alcanzar los objetivos y metas previstas (Moyado, 2010).

Al respecto, Drucker (1976) sostiene que no basta que la dirección y gestión hagan bien las cosas –eficiencia-, tienen que hacerlas correctamente –efectividad-. La eficiencia institucional hace énfasis en: los medios, hacer las cosas correctamente, resolver problemas, ahorrar gastos, cumplir tareas y obligaciones, capacitar a los subordinados, aplica un enfoque reactivo. La efectividad hace énfasis en los resultados, hacer las cosas correctas, lograr objetivos, crear más valores para el usuario.

Del mismo modo, Koontz y O'Donnell (2003) plantean que decir que la mejora continua de los procesos es necesaria para ser y permanecer entre los más competitivos es algo ya sabido y de lo cual mucho se ha escrito, lo importante es definir las políticas, estrategias y tácticas para llevarlo a cabo, así como también su forma de medición.

1.1 Inteligencia emocional.

1.1.1 Acerca de la inteligencia emocional.

En tanto, Goleman (2012) señala que la inteligencia no solo es cognitiva y que ahora la inteligencia está asociada con las emociones. Tiene cuatro ejes fundamentales: La autoconciencia, la autogestión, la conciencia social y la gestión de relaciones. El señala que las personas con mayor puntuación de inteligencia emocional tienen los mejores desempeños en cualquier ámbito laboral. Por lo que extrapolando estas afirmaciones los directores con mayor puntuación en inteligencia emocional deben tener un mejor desempeño directivo.

1.1.2 Definición de hospital.

Los Hospitales del Sector Salud, pese a las deficiencias que experimentan, pueden alcanzar altos niveles de productividad, en la medida que cuenta con una dirección y gestión efectivas. Sin este requisito, es imposible anhelar calidad, mejora continua y competitividad en los servicios.

Es una entidad del Estado, donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

1.1.3 ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES DEL SECTOR SALUD.

La organización es la forma como se estructura, como se forma una Hospital, para cumplir las funciones, actividades, metas, objetivos, misión y visión. La organización tiene varios modelos. Se rige por principios, normas, procesos y procedimientos.

El modelo de organización que más se relaciona con los hospitales es el llamado modelo de organización mixta o lineo - funcional. Este modelo mantiene como estructura central el modelo jerárquico, pero aplica una mayor especialización, pero sin llegar a su agotamiento del modelo funcional. La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de un hospital, a través de este se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización,

Si hay algo que es indudable dentro de los hospitales del sector salud, es que necesitan estar dirigidos y gestionados en forma efectiva. En tanto, para Terry (1990) la escasez o carencia de recursos, obliga a los responsables a dirigirlos y gestionarlos en forma efectiva, es decir al cumplimiento de las funciones, actividades, metas, objetivos y misión encargada tal como establece.

La dirección y gestión efectivas, permiten planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar los recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de los servicios médicos; tal como deja entrever (Koontz y O'Donnell, 2003).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente los hospitales reclutan o seleccionan a funcionarios directivos que carecen de aprendizaje administrativo y por lo tanto no realizan la toma de decisiones adecuada y a pesar de su liderazgo no logran la eficiencia en el puesto.

La mayoría de los directores hospitalarios no tienen capacitación como administradores, ni cursos en la toma de decisiones o liderazgo. Aunque

algunos ya tienen liderazgo innato y realizan funciones aceptables en su cargo. Otros llegan al lugar solo por el interés económico y esperar jubilarse en ese puesto sin interesarse por el hospital o su accionar, además de ser mediocre bloquea a otras personas con buenas intenciones.

Peor es el caso, que siendo parientes o amigos de un gobernante en turno aceptan el cargo y prácticamente se encuentra acéfala la gestión hospitalaria. En varios hospitales los directivos son piezas decorativas que no realizan ninguna función que firmar documentos que a veces son comprometedores.

Frecuentemente nuestros directores hospitalarios no disponen de tiempo y la orientación adecuada para acudir a libros y a fuentes de información sobre materias gerenciales.

Las secretarías de salud, IMSS e ISSSTE no tienen capacitación para estos directivos, el desempeño en la gestión es malo, se gastan el pobre presupuesto en forma rápida, a veces no los remueven del cargo por el apoyo político y las implicaciones de bloqueo de la actividad por parte del gobernante. En general todas estas dependencias de salud del gobierno no conocen como trabajan estos directivos y la evaluación cuando la hacen es en base exclusiva a los indicadores hospitalarios y con esos resultados la evaluación es insuficiente, pero con frecuencia los directivos con enfoque político falsean los datos y reportan resultados exagerados que nadie comprueba y que más tarde reciben elogios y premios por su labor.

No hay hasta el momento un test o instrumento evaluativo de la gestión del directivo de los hospitales del país.

En el pasado prevaleció la idea de que la capacidad de tomar decisiones acertadas era un atributo o don natural que unos tienen y otros no y que solamente por la experiencia y la práctica el gerente o director desarrolla y logra esa capacidad.

La presente investigación surge de dos preguntas que me hice cuando fui director de una clínica médica periférica en el servicio social.

¿Por qué los hospitales no funcionan bien? yCuál es la función de los directores de los hospitales?.

Yo tengo un especial interés por conocer más del funcionamiento de los directores de hospitales y porque varios de ellos tienen grandes conflictos en

la atención médica, en el control de los medicamentos y los insumos hospitalarios. Además me interesaba conocer su inteligencia emocional para afrontar la dirección hospitalaria y cuál es su gestión directiva en el hospital. En esta tesis, se trata de investigar la evaluación de esos directivos en razón de su inteligencia emocional y su desempeño directivo.

La inteligencia emocional ha suscitado tal interés en los últimos años que se le ha dado mayor importancia a la inteligencia cognocitiva que se miden en los test. Se ha demostrado que, independiente de la capacidad intelectual de una persona, son sus habilidades emocionales las que determinan su calidad de vida y su éxito personal y profesional.

Estudios de Goleman (1999) demuestran que los directivos con mayor puntuación en los test de inteligencia emocional obtienen los mejores resultados en la gestión empresarial y en nuestro trabajo trataremos de investigar si los directivos con puntuaciones altas en ese test tienen el mejor desempeño en la gestión hospitalaria.

Aquí estudiamos la inteligencia emocional mediante un test de directivos del hospital. Su puntuación es de 0 -80 puntos. Se investigará la curva de Gaus analizando su promedio, mediana, moda, desviación estándar, sesgos, etc.

Por último se investigará con otro test la gestión directiva con puntuaciones de 0-120 puntos. Dicho test contendrá los indicadores hospitalarios, uso de misión y visión, tipo de liderazgo, la toma de decisiones, los recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos y los errores médicos que provocan demandas etc. En este se investigará su curva de Gaus. Promedio desviación estándar, mediana moda y sesgos. Entre estas dos variables escalares se realizará una correlación r esperando correlaciones superiores al 0.60.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la correlación R entre la inteligencia emocional y la gestión administrativa de directivos en hospitales públicos del sector salud?

SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es la puntuación mediante un test aplicado a un director, subdirector o jefe de servicio para medir su inteligencia emocional en los hospitales públicos del sector salud de la república mexicana?.

2. ¿Cuál es la puntuación mediante un test de la gestión administrativa del director o subdirector o jefe de servicio en los hospitales públicos del Sector Salud?.
3. ¿Cuál es la correlación R entre la puntuación de inteligencia emocional y gestión directiva del director, subdirector y jefes de servicio de hospitales del sector salud?.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1 OBJETIVO GENERAL.

Comparar a los directivos de hospitales de la república Mexicana mediante dos test sobre la inteligencia emocional y la gestión directiva durante el 2013.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la puntuación por Test de inteligencia emocional a los directivos de hospitales de México.
- Identificar la puntuación del test de gestión administrativa directiva.
- Correlacionar las dos variables anteriores.
- Demostrar el tipo de liderazgo y su frecuencia en los directores de hospitales.
- Identificar el conocimiento administrativo ejercido por los directores de hospitales.
- Identificar por el test de gestión directiva las funciones del director en la supervisión de infraestructura, liderazgo, recursos humanos y conocimiento administrativo.
- Clasificar una nueva categorización del directivo por su puntuación de gestión directiva.
- Identificar a directivos políticos, cuál es su frecuencia y que variables se asocian con ello.

1.3 HIPÓTESIS.

De acuerdo al planteamiento y justificación del problema específico se realiza la hipótesis:

Prueba de Hipótesis.

1. H1.

H1 La correlación r entre las variables inteligencia emocional y la gestión directiva tienen más de + 0.64

Ho La correlación r entre las variables inteligencia emocional y la gestión directiva es de 0.

1.4 JUSTIFICACIÓN.

Nuestro proyecto de investigación tiene por finalidad, la de identificar los diferentes factores del gestión del director iniciando por el grado de inteligencia emocional que tiene, su liderazgo, trabajo en equipo, el manejo de los indicadores hospitalarios en la toma de decisiones, la motivación, el grado académico y los cursos de capacitación que tiene que influyen en la buena o mala actuación en la gerencia médica.

Otra finalidad de este proyecto de investigación es explorar y describir como son realmente los directores hospitalarios de algunos lugares del país, qué semejanzas y diferencias se encuentran entre los directores del norte y del sur de la nación o entre el oriente y occidente del país. Cuáles son sus cualidades o fortalezas y cuáles son sus defectos o nuevas oportunidades. Cuanta problemática puede ser solucionada y cual no tiene remedio.

Descubrir si un director con mejor inteligencia emocional tiene mejores rendimientos y desempeño institucional que otro que no lo tiene.

Esta investigación es conveniente porque poco se sabe de la gestión administrativa de directores de los hospitales en México. Es un terreno virgen que pocos investigadores han realizado observaciones de ellos. Sobre el liderazgo evaluando su inteligencia emocional está de moda en los directores de empresa, pero nadie ha realizado un trabajo de este tipo en directores de hospitales en México y en el mundo. Como la investigación es observacional y no se van a modificar las variables de estudio no tendrá ningún daño colateral.

Como todo trabajo de investigación nos proporcionará muchos conocimientos científicos en la administración hospitalaria, cual es el desempeño y liderazgo de los directores de hospitales. Cuál de esos directores es más eficiente y eficaz en su trabajo, y cuál es el tiempo de duración en el cargo y cuáles fueron sus logros en su estancia directiva. Por otro lado conocer los problemas de estructura, medicamentos, laborales, interpretación de indicadores hospitalarios. Con que frecuencia se ven directivos con apoyo político y cuántos de ellos ingresan al puesto para tener mayor ingreso económico sin importar las consecuencias de su desempeño.

El recorrer una parte del país al realizar las entrevistas directas, conocer las diferencias y semejanzas de los directores, la infraestructura hospitalaria. Todo esto servirá para realizar nuevas investigaciones parecidas o diferentes sobre el tema del director hospitalario.

Esta investigación aporta los nuevos conceptos de la inteligencia emocional en el terreno de las empresas que ha demostrado su utilidad, por lo que es importante conocer cuál es su comportamiento de la inteligencia emocional en el director hospitalario. Si el resultado esperado es correcto, esto permitirá cambiar el paradigma en la dirección de hospitales.

Los beneficios serán grandes. El tener un director de hospital político o con un mal desempeño es sus funciones provoca caos y el hospital funciona en un 30 % de su potencial, los recursos económicos no duran y se emplean erróneamente, las decisiones son incorrectas y hay un atraso científico en la atención médica de 5-10 años.

El lograr mediante dos test, identificar directores con inteligencia emocional normal o alta y su gestión directiva, eso permitirá tener muchos beneficios económicos y un funcionamiento óptimo de los recursos, que aunque sean pocos serán utilizados en forma eficiente. Además fomentará la capacitación y tendrá un equipo de trabajo que permitirá realizar un trabajo a largo plazo en beneficio de los pacientes y la población.

Los beneficiarios serán: el gobierno porque los recursos se utilizarán en forma satisfactoria y eficiente y sobretodo los pacientes porque serán atendidos en forma adecuada. Por lo mismo los perjudicados serán ciertas mafias médicas que quieren que fracase el hospital para tener beneficios particulares.

El beneficio de los pacientes será en su atención oportuna, eficiencia de servicios, utilización de equipo al 100% y la prioridad a los servicios que tienen mayor afluencia. Esto solucionará la disminución de las demandas médicas contra la institución.

Si bien se tiene contemplado ir a investigar a varios hospitales con la entrevista al director, subdirector y jefes de servicios de cada hospital. Es posible que en algunos hospitales solo uno de ellos sea entrevistado por diferentes razones, incapacidad, vacaciones o negativa a la entrevista también es posible que se estudien menos hospitales de acuerdo al tamaño de la muestra.

Con los dos test se evaluarán al director, a un subdirector y o a un jefe de servicio. Se revisaran el llenado completo de los test para reportar su puntuación final. Estos resultados más tarde serán correlacionados. Además se investigarán otras variables como edad, sexo, cursos administrativos, tiempo de permanencia en el puesto, conflictos frecuentes e indicadores hospitalarios. El test de inteligencia

emocional tiene 20 preguntas permitirá identificar el promedio mediana y moda y su curva de Gaus de los directivos de hospitales.

El test de gestión directiva tiene 40 preguntas y su puntuación nos proporcionará su promedio, mediana, moda curva de Gaus de los directivos de hospitales.

La utilidad de este trabajo de investigación es demostrar que la inteligencia emocional normal o alta que ha demostrado en otros terrenos de la dirección de empresas su utilidad en el desempeño de liderazgo sea también útil en la dirección hospitalaria. Con esto demostrado. El perfil del nuevo directivo será evaluado con este test y solo los médicos que tengan resultados como los esperados se pueden esperar una buena gestión directiva.

El identificar los problemas de los directivos y la solución en otros hospitales de otros lugares brindará un apoyo científico en la solución de problemas de liderazgo.

El identificar un directivo con inteligencia emocional normal o alta, este médico tiene las cualidades para trabajar en equipo, coordinar reuniones, estimular a trabajadores, se podrá capacitar para realizar mejor su trabajo y esta persona está preparada para triunfar.

Con mucha frecuencia se habla que los hospitales no funcionan si no tienen el recurso económico suficiente y en la práctica funcionan mejor con un buen director que motive, coordine y eficiente a su personal.

La inteligencia emocional forma parte de los nuevos conceptos de liderazgo empresarial pero si esto se aplica a la dirección de hospitales provocará un repunte significativo en el desempeño de la dirección de hospitales que modificará el paradigma ya establecido.

El trabajo de investigación llenará un hueco del conocimiento sobre los directores hospitalarios que poco se sabe de ellos, pero que a cada rato en las noticias se escucha fallas hospitalarias en la atención médica, falta de medicamentos, hospitales llenos, con 100 % de ocupación de camas, pacientes en sillas y en el suelo en salas de urgencias, programación de cirugía hasta en lapso de un año. Todo esto es consecuencia de una mala dirección hospitalaria de médicos sin conocimientos en terreno administrativo y de liderazgo.

El trabajo proporcionará las nuevas pautas científicas de cómo mejorar el liderazgo hospitalario.

El trabajo de investigación se realizó en diversos hospitales del país en una muestra representativa con un tamaño de muestra suficiente y adecuada, por lo que los resultados podrán extrapolarse en forma generalizada por todo el país y tal vez a otros países de Centroamérica y Sudamérica.

Si el concepto e inteligencia emocional normal o alta resulta correcto establecerá conceptos de leyes y teorías nuevos que serán utilizados por otros científicos para nuevas investigaciones.

Nuestro trabajo de investigación se realizó en varios hospitales grandes que disponían de algunas de especialidades básicas. Estos hospitales fueron asignados aleatoriamente y en todas las regiones del país para evitar sesgos de selección. Y una interpretación de resultados incorrecta.

En el trabajo se manejan una variable independiente que es la inteligencia emocional realizada por un test que marque de 0-80 puntos. Y una variable dependiente como es su gestión directiva con un test que dará de 0 a 120 de puntuación. Estas dos variables por lo tanto serán escalares o numéricas y podrán ser utilizadas en estadística para investigar la correlación r de Pearson y la r cuadrada. Así mismo, la regresión lineal con valores B y A y su significación estadística. Estos datos se reflejan en una gráfica de dispersión con una tendencia lineal. Nuestra trabajo busca una buena correlación r mayor de 0.64 y r cuadrada de 0.40.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES.

Con esta investigación, se pueden realizar otros trabajos de originales a partir de las variables de estudio, como lo son: la inteligencia emocional con sus test en el rendimiento escolar de alumnos, profesores o directivos. También en la gerencia pública o privada con sus directivos.

A nivel hospitalario es una evaluación más correcta y acertada del desempeño del director que generalmente pasa desapercibida por una gran parte de directivos del sector salud.

Esta investigación puede continuar con otra nueva con enfoque longitudinal siguiendo la función de estos directivos en años posteriores y cuáles han sido los resultados obtenidos, y como han cambiado en su actuación en el liderazgo.

El realizar esta investigación en varios lugares del país permite tener un conocimiento completo de la gerencia directiva de la mayoría de los hospitales del país y poder contribuir en la mejora o transformación de la gestión hospitalaria.

1.6 DEFINICIONES TEÓRICAS.

1.6.1.1. Concepto de gerencia.

La gerencia se ha definido como un proceso de organización y empleo de recursos para lograr objetivos predeterminados. En ese sentido Drucker (1976) la describe como una institución básica y dominante, mientras la civilización occidental sobreviva. Añade, que la gerencia es la expresión de la creencia en la posibilidad de tener control sobre la subsistencia del hombre, mediante la organización sistemática de los recursos económicos.

1.6.1.2. Concepto hospital.

Tobar (2000) considera que Los hospitales modernos son organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquier otra. Desde el punto de vista sanitario se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población. Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde el punto de vista organizativo son plantas multiproducto, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Además, desde el punto de vista económico también presentan rasgos distintivos como el requerir un uso intensivo tanto de capital humano, como tecnológico y financiero.

1.6.1.3. Concepto de Inteligencia Emocional.

Para Sánchez (2009) la inteligencia emocional es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y disponer de habilidad suficiente para manejarlos de manera satisfactoria. Mata (2000) señala que el término se refiere a la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino dirigir las y equilibrarlas.

El término fue popularizado por Daniel Goleman, con su célebre libro: Inteligencia Emocional. En este sentido, se estima que la inteligencia emocional se puede organizar entorno a cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación, y gestionar las relaciones (Goleman, 1995).

1.6.1.4. Concepto Gestión Directiva.

La gestión directiva corresponde a la función del directivo en su área de trabajo no solo con el liderazgo sino vigilando las funciones administrativas, recursos humanos, desempeño de sus colaboradores, cuidando la infraestructura y asistiendo y coordinando las diferentes reuniones de trabajo para la evaluación de los objetivos y metas planeadas.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 Historia.

Banda (2012) afirma que los orígenes del sistema de salud en México los podemos encontrar en el año 1820 cuando se otorgó al Ayuntamiento de la ciudad de México las facultades necesarias para el combate de la insalubridad.

Muchos años después, en la constitución de 1917, se precisa que el estado asume la responsabilidad en materia de salud del país y funda el departamento de salubridad y el Consejo de salubridad general.

En 1929 se sugiere la creación de una entidad que sea la encargada de ofrecer servicios de la salud a los trabajadores. En 1937 se crea la secretaría de asistencia pública con la finalidad de coordinar la política de salud entre los diferentes prestadores de servicios.

A principios de la década de los años cuarenta se establecieron los fundamentos de la estructura actual del sistema de salud. Se fundaron diferentes instituciones que atendían de manera exclusiva a diversos segmentos de la población, con base a su perfil ocupacional o su situación económica.

El 31 de diciembre de 1942 se promulgó la primera Ley del Seguro Social y el 19 de enero del año siguiente se funda el Instituto Mexicano del Seguro Social – IMSS-, para brindar servicios a los trabajadores del sector privado.

En 1943, se fusionó la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad para dar paso a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia –SSA-, con el fin de ampliar la cobertura a la población pobre y de establecer una política general de salud pública.

El 22 de julio de 1946 la Organización Mundial de la Salud emitió su constitución y México optó por seguir los preceptos establecidos en dicha constitución, en donde se proclama que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social. Bajo estos principios se amplían y se establecen en el país las prestaciones en especie, al salario, de seguridad social y de protección a la salud.

En 1959 se expide la ley que fundamenta la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –ISSSTE-, con el fin de ofrecer protección social a los trabajadores del sector público.

En la década de los años setenta se introdujeron diversas modificaciones a la Ley del Seguro Social para ofrecer cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y rurales. No obstante, estas no se aplicaron de manera generalizada, lo que ocasionó que se hicieran más pronunciadas las diferencias entre los trabajadores derechohabientes y la llamada población no asegurada, atendida por SSA.

En 1982, Se modifica la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y se designó a la Secretaría de Salud como el organismo rector de la salud en México. A su vez, en 1983 se modifica el artículo cuarto de la constitución para incluir el derecho a la protección de la salud de la población.

Estas reformas tenían como objetivo proporcionar el marco jurídico para un conjunto más coherente de las políticas de salud, orientado a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios.

Entre 1984 y 1987 tuvo lugar un fallido proceso de descentralización de los servicios que ofrecía la Secretaría de Salubridad y Asistencia. No obstante, durante las décadas de los años noventa se pusieron, nuevamente, en marcha varias reformas al sistema de salud con el fin de reactivar el proceso de descentralización con el fin de fortalecer y transferir más funciones y responsabilidades, junto con los recursos correspondientes, a los servicios Estatales de Salud.

Con el cambio del partido en el poder, se instauró el del Programa Nacional de Salud 2001-2006, mediante el cual se reformaba el Sistema de Protección Social de Salud, con el objetivo de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud y brindar protección a la población que no está cubierta por la seguridad social. Además, la Secretaría de Salud dio a conocer el programa del Seguro Popular que tiene como finalidad extender la cobertura a quienes no tienen acceso a la seguridad social.

El programa nacional de salud 2007-2012 establece entre sus ejes rectores : garantizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; garantizar el aseguramiento universal con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a los servicios integrales de salud ; suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos; brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población y fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención afectiva en sus lugares de origen.

De acuerdo con el INEGI la clasificación de las instituciones de salud está organizada en cuatro niveles, en el primero se ubica el sector al que pertenecen las instituciones de salud, en el segundo identifica la clase de instituciones, en el tercero se identifica el tipo de instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas, y en el cuarto se identifican los tipos de unidades médicas.

De acuerdo con el sector que pertenecen, las instituciones de salud son clasificadas como:

1. Instituciones de salud del sector público.
2. Instituciones de salud del sector privado.
3. Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos.
4. Instituciones de salud del resto del mundo.
5. Descripciones para no derechohabientes.
6. Derechohabientes no especificada.

Las instituciones del sector público cubren, en su mayoría, a los trabajadores asalariados del sector formal. El sector privado atiende a la población que no cuenta con acceso a la seguridad social o que posee los recursos económicos para hacer usos de este tipo de instituciones. Las aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos, atienden a diversos segmentos de la población.

No obstante de las diferentes instituciones de salud con las que cuenta México la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, estableció que el país se ubica en los últimos lugares en lo referente a la cobertura formal de salud entre los países miembros de dicha organización.

La OCDE también declaró que México se caracteriza por una considerable desigualdad en el acceso a los servicios de salud, lo que provoca diferencias en la morbilidad de la población, en especial entre la población de escasos recursos y de las zonas rurales contra la población de las zonas urbanas y con mayores posibilidades económicas.

La presente investigación es de tipo observacional los implicados directivos de los hospitales en los cuestionarios de análisis permanecen como incógnitos y sus nombres no aparecen en la investigación. La investigación no contiene implicaciones legales ni represalias por el funcionamiento de su hospital. Nuestra investigación no produce alteraciones ni complicaciones en el funcionamiento hospitalario.

2.2. Hospital.

Uno de los aspectos que más preocupa a la población de México es la asistencia médica. Esta ha experimentado una importante transformación en las últimas décadas: desde la simple atención médica hasta la complejidad de los profesionales médicos.

Por su parte, Tobar (2000) sostiene que Los hospitales modernos son organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquier otra. Desde el punto de vista sanitario se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población. Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde el punto de vista organizativo son plantas multiproducto, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Además, desde el punto de vista económico también presentan rasgos distintivos como el requerir un uso intensivo tanto de capital humano, como tecnológico y financiero.

El mismo Tobar (2000) plantea que puede entenderse a un hospital como un conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos:

- a. Uno político, al que llamamos modelo de gestión.
- B. uno económico, Al que llamamos modelo de financiación.
- C. uno técnico, Al que llamamos modelo de atención o modelo asistencial.

Del mismo modo, Tobar (2000) señala que la problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del servicio, en las cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la dirección, que valores la guían, quien las toma y como las toma. Las prioridades de un hospital público no siempre son similares a las de un hospital privado. Las prioridades de un hospital rural son diferentes a las de un centro médico.

En el futuro los hospitales deberán hacer cosas diferentes a las que hacen actualmente, eso debido a las nuevas tecnologías en radiología y laboratorios. Se crearan nuevas unidades como biología celular, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear y desaparecerán otras como área de cuneros radiografías simples. Los costos por nuevos medicamentos para quimioterapia y equipos incrementarán los costos hospitalarios. Los hospitales públicos tendrán grandes conflictos económicos y ya no serán gratuitos.

En otro orden de ideas, Anibal (1970) señala que el director de hospital llegaba al cargo, en la gran mayoría de los casos, o porque poseía una relevante personalidad científica que lo acreditaba ante la opinión pública, o porque era un médico político o con influencias políticas. En el primer caso, la descollante figura

profesional del director como especialista en alguna materia, lo inclinaba a ejercer su acción en favor de "su" especialidad, hipertrofiando servicios en desmedro de otros, sin descuidar por cierto la labor profesional, descargando el trabajo administrativo en otro colaborador, tampoco preparado para tales tareas.

Ejercer la docencia, atención médica y todavía tener que cumplir con tareas administrativas, evidentemente rebasa la capacidad profesional del mejor dotado. Y es así como hemos visto fracasar al eximio profesor como director del hospital; su formación profesional no involucra la administración hospitalaria. Solo su buen criterio o parecer conformaba sus decisiones. Se perdía un excelente especialista para ganar un mal director.

En el caso del director político o politizado ocurría otro tanto, pero con connotaciones diferentes. Su estabilidad en el cargo por los continuos vaivenes de los gobiernos, le impedía programar actividades ni siquiera a plazo mediano.

¿Por qué ha ocurrido esto?. Simplemente porque el director del hospital no había cobrado la legítima dimensión que debe tener como especialista. Especializado en la administración de esa gran empresa de salud en la que se han invertido cuantiosos capitales económicos y humanos, nos preguntamos ¿qué empresa hay que no cifre gran parte de su éxito en la labor del gerente?.

Esta concepción empresarial de los hospitales, es decir, inversión de recursos para que produzca beneficios, es sin duda una interpretación bien actual del asunto en muchos países desarrollados. Desafortunadamente, aquí hay todavía quienes están plenamente convencidos que así debe ser. Y tan es de esta manera que hospitales con enormes presupuestos y gran cantidad de personal cumplen su labor, solo contadas horas al día, con un director que no cumple una jornada diaria por su ignorancia en el puesto.

2.2.1. Formación del directivo.

En la práctica médica una mayoría de los directores hospitalarios no tienen capacitación como administradores, ni cursos de toma de decisiones o de liderazgo. Algunos ya tienen el liderazgo innato y realizan funciones aceptables en su cargo. Otros llegan al lugar por solo el interés económico y esperan jubilarse en ese puesto sin interesarse en el beneficio del hospital y mucho menos de los derechohabientes, su accionar además de ser mediocre bloquea las buenas intenciones de otros ejecutivos mejor preparados.

Peor es el caso que siendo parientes o amigos de un gobernante en turno aceptan el cargo y prácticamente se encuentra acéfala la gerencia hospitalaria. En varios

hospitales el director es una pieza decorativa que no realiza ninguna función más que firmar documentos que a veces son comprometedores.

No hay en la literatura bibliográfica nacional trabajos de investigación sobre el desempeño de los directores hospitalarios, su tipo de liderazgo y nada con la inteligencia emocional en ese liderazgo, sino sólo escasos trabajos sobre la inteligencia emocional en internos de pre-grado, residentes en su desempeño laboral. Tampoco hay un test para evaluar el desempeño del director que contengan elementos como : liderazgo, uso de la misión y visión, trabajo en equipo, el uso de indicadores como mortalidad, morbilidad, manejo de insumos y carencia de medicamentos, errores médicos frecuentes y el presupuesto otorgado a recursos humanos.

2.3. Fundamentos de la inteligencia emocional.

Inteligencia Emocional

No siempre es sencillo reconocer un sentimiento. A veces sentimos miedo, enfado o alguna clase de trastorno emocional sin saberlo. Otras veces, aunque somos conscientes de nuestro estado de ánimo, no logramos equilibrarlo y dirigirlo en su medida justa. El desarrollo de la inteligencia emocional es muy importante para ampliar las habilidades emocionales y afianzar nuestro estado de bienestar.

Para comprender el concepto de inteligencia emocionales es necesario conocer primero la anatomía, histología, fisiología y fisiopatología del sistema nervioso en la memoria y las emociones.

2.3.1. Anatomía.

El estudio del cerebro y la mente ha permitido que las neurociencias hayan ido evolucionando paulatinamente como una forma de dar explicaciones a los procesos que tienen lugar en el cuerpo.

El sistema nervioso central se divide en sistema nervioso central y periférico. El sistema nervioso tiene las funciones más importantes y corresponde al encéfalo y médula espinal. Y el sistema nervioso contiene a los nervios sensitivos y motores que reciben o envían la información generada por los centros (Snell, 2010).

LOS HEMISFERIOS CEREBRALES

Nuestro cerebro está dividido en dos hemisferios conectados uno a otro por una red de cordones nerviosos. Nuestros dos hemisferios cerebrales llevan a cabo diversas tareas que se diferencian y complementan entre sí en las tareas de nuestro funcionamiento mental (Netter, 2010).

Con la ayuda de nuestro hemisferio izquierdo podemos concebir el mundo de una manera lógico racional. Gracias a él podemos ordenar nuestras experiencias, analizarlas y categorizarlas. El hemisferio derecho nos permite concebir el mundo a través de imágenes, representaciones e intuiciones, a través de él reconocemos las relaciones entre partes diferentes y las interrelaciones entre cosas y sucesos. Un hecho muy conocido es también que ambos hemisferios tienen correspondencia con ambos lados del cuerpo en forma de cruz; el hemisferio izquierdo del cerebro con el lado derecho del cuerpo y el hemisferio derecho del cerebro con la parte izquierda del cuerpo.

El sistema nervioso central localizado en el encéfalo tiene varias regiones anatómicas que realizan funciones especializadas localizadas en forma geográfica en diversos lóbulos cerebrales cada una de ellas con funciones específicas el lóbulo frontal se encarga de las funciones motoras generales personalidad y pensamiento, el lóbulo parietal de la sensibilidad general. El lóbulo temporal del lenguaje receptivo y memoria y el lóbulo límbico, se encarga de las emociones.

En tanto, Adams (1993) señala que la palabra límbico significa borde o margen, y el término sistema límbico se utilizó en términos generales para incluir a un grupo de estructuras que se encuentran en la zona límite entre la corteza cerebral y el hipotálamo. Como consecuencia de los estudios realizados, actualmente se sabe que el sistema límbico se halla implicado, con muchas otras estructuras más allá de la zona límite, en el control de la emoción, la conducta y los impulsos. También parece ser un centro importante para la memoria.

Anatómicamente, Siegel (2007) señala que las estructuras límbicas incluyen las circunvoluciones subcallosa, del cíngulo y del parahipocampo, la formación del hipocampo, el cuerpo amigdalino, los cuerpos mamilares y el núcleo anterior del tálamo, todo lo cual se puede apreciar en las siguientes figuras.

Figura 11. Anatomía cerebral.

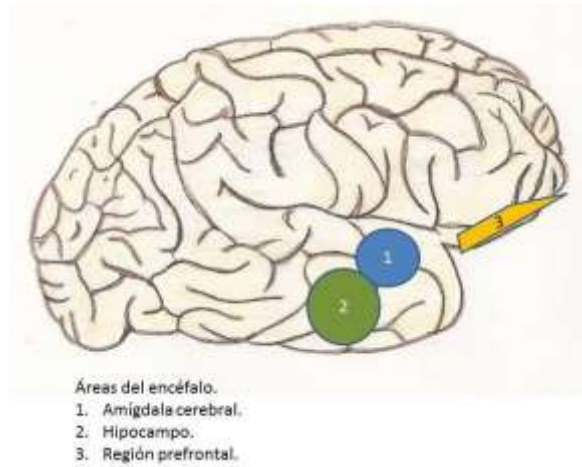
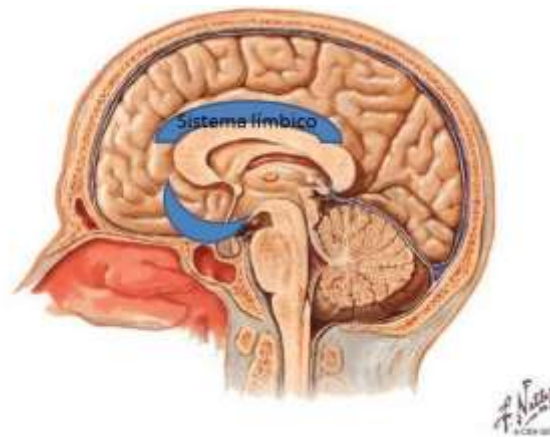


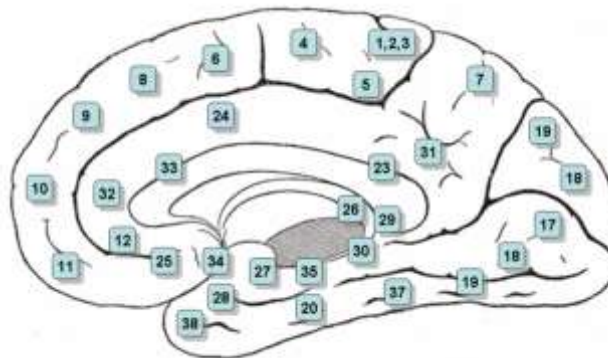
Figura 12. Anatomía del Sistema Límbico.



Fuente: Modificado de Netter 2010.

Se observa toda la circunferencia del sistema límbico.

Figura 13. Anatomía de Brodman.



En la anterior imagen se identifica el sistema límbico en las áreas de Brodman: El 24 corresponde al cíngulo, el 25 a región prefrontal, el 27 a la amígdala y el 28 al hipocampo. En las figuras No 14 y 15 se identifican diferentes áreas del sistema límbico.

Figura 14. Trígono, hipocampo y cíngulo sus conexiones

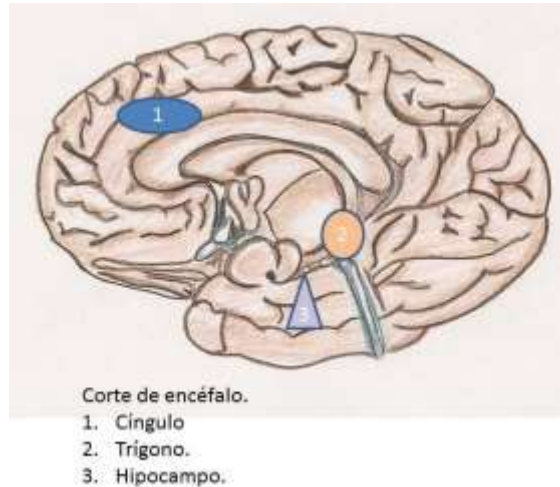
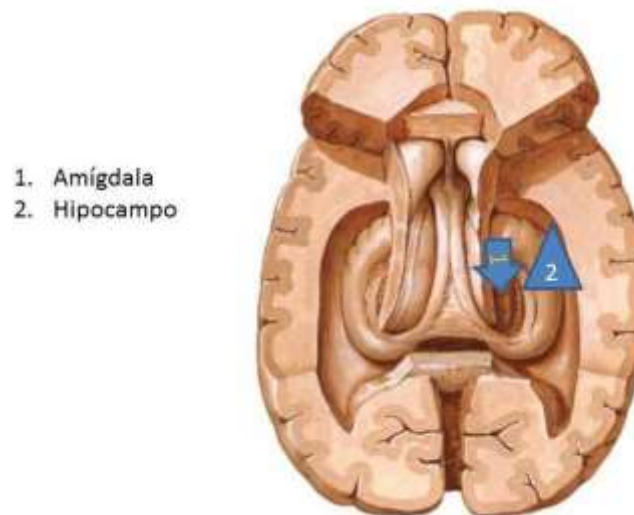


Figura 15. Relaciones de amígdala e hipocampo.



Fuente: modificado de Netter 2010.

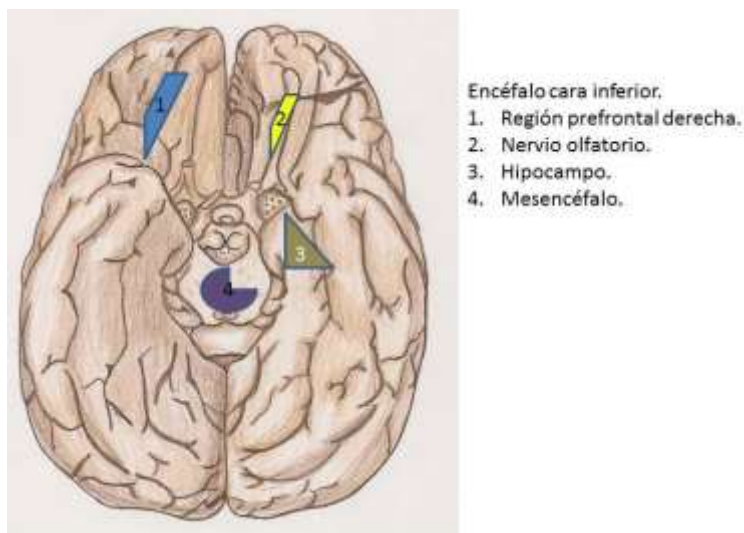
La base cerebral de la inteligencia emocional se puede apreciar a partir de técnicas de neuroimagen y estudios de lesiones.

Hay cuatro centros:

- a. Hemisferio derecho: corteza somatosensorial e ínsula.
- b. Amígdala derecha.
- c. Circunvolución del cíngulo anterior.
- d. Corteza Orbitofrontal y ventro medial.

Cuerpo amigdalino. El cuerpo amigdalino o amígdala cerebral recibe este nombre porque se parece a una almendra. Está situado en parte por delante y en parte por encima de la punta del asta inferior del ventrículo lateral -figura No 15-. Se fusiona con la punta de la cola del núcleo caudado, que ha pasado hacia adelante en el techo del asta inferior del ventrículo lateral. La estría terminal emerge de su cara posterior. El cuerpo amigdalino consiste en un complejo de núcleos que puede agruparse en un grupo basolateral de mayor tamaño y otro grupo corticomedial, más pequeño.

Fig16. Anatomía cerebral inferior.



Otra zona determinante para la inteligencia emocional se localiza también en el hemisferio derecho del cerebro. Es la corteza somatosensorial derecha; cuando presenta daños también existe una deficiencia en la autoconciencia, así como en la empatía, es decir, la conciencia de las emociones de los demás. La capacidad de comprender y sentir nuestras propias emociones es decisiva para entender la de los demás y sentir empatía. Por otro lado, la empatía depende así mismo de otra estructura del hemisferio derecho, la ínsula o corteza insular, un nodo de circuitos cerebrales que detecta el estado corporal y nos dice como nos sentimos, por lo cual determina decisivamente como sentimos y comprendemos las emociones de los demás.

Otra zona importante es la circunvolución del cíngulo anterior, en la parte frontal de una banda de fibras cerebrales que rodean el cuerpo calloso, que conecta las dos mitades del cerebro. La circunvolución del cíngulo anterior se encarga del control de los impulsos, esto es, de la capacidad de manejar las emociones, en especial de las angustias y los sentimientos intensos.

Por último tenemos la franja ventromedial de la corteza prefrontal, que está situado justo detrás de la frente y es la última parte del cerebro que acaba de desarrollarse. Se trata del centro ejecutivo de la mente, donde reside la capacidad de resolver problemas personales e interpersonales, de controlar los impulsos, de expresar los sentimientos de un modo eficaz y relacionarnos adecuadamente con los demás (Aron, 2004; Bechara, 2000; Davidson, 2007).

2.3.2. Histología.

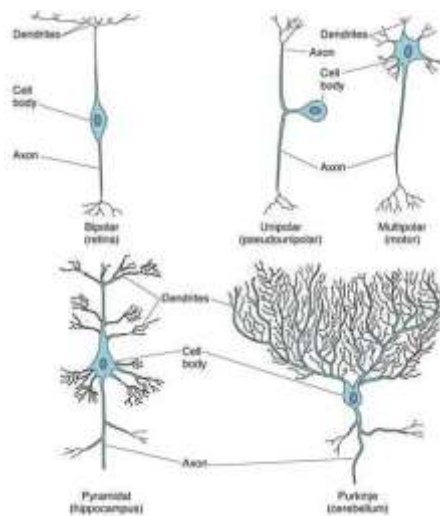
El sistema nervioso está formado por las células llamadas neuronas y células de la neuroglia. Las neuronas son las células más importantes del sistema nervioso estas tienen muchas cualidades y su único defecto es que no se reproducen. Las células de la neuroglia corresponden a los astrocitos o células en forma de estrella que nutren a las neuronas, los oligodendrocitos que producen mielina para aislar los axones y nervios en la transmisión nerviosa. Y las células de la microglia que son células de defensa que protegen a una neurona de microorganismos y limpian el tejido nervioso de impurezas.

En tanto, Alberts (2011) afirma que función fundamental de una célula nerviosa o neurona consiste en recibir, conducir y transmitir señales. Las neuronas transmiten señales desde los órganos sensitivos hacia el sistema nervioso central, es decir cerebro y la médula espinal. En el sistema nervioso central las señales se transmiten de una neurona a otra mediante redes de enorme complejidad que permiten que el cerebro y la médula espinal analicen e interpreten las señales provenientes de los órganos de los sentidos para luego responder a ellas en forma apropiada.

Desde el sistema nervioso central las neuronas proyectan prolongaciones hacia la periferia a fin de transmitir señales que con la actividad de los músculos, las glándulas y otros tejidos. Para poder cumplir estas funciones las neuronas con frecuencia emiten prolongaciones muy largas; por ejemplo, las neuronas motoras humanas que transmiten señales desde la médula espinal hasta un músculo del pie pueden medir hasta un metro de longitud.

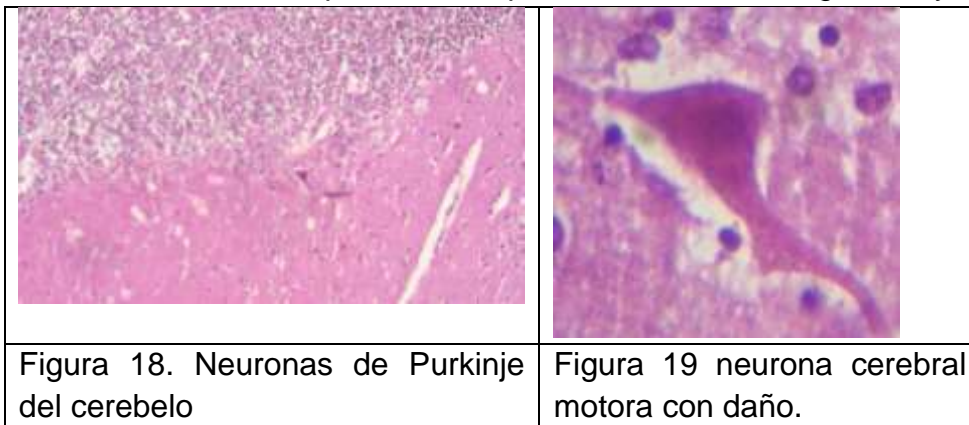
Todas las neuronas están compuestas por un cuerpo celular (que contiene el núcleo) del cual irradia hacia la periferia una cantidad variable de extensiones finas y largas. Por lo general, una neurona posee un axón largo, que conduce las señales desde el cuerpo celular hacia las células diana más alejadas, y varias prolongaciones ramificadas más cortas, denominadas dendritas, que se extienden desde el cuerpo celular como antenas y aumentan la superficie disponible para recibir señales provenientes de los axones de otras neuronas, tal y como se aprecia en la figura 17.

Figura 17. Diferentes tipos de neuronas



Fuente: Copyright Gartner 2010.

Las neuronas se ven por microscopía de luz así en las figura 18 y 19.

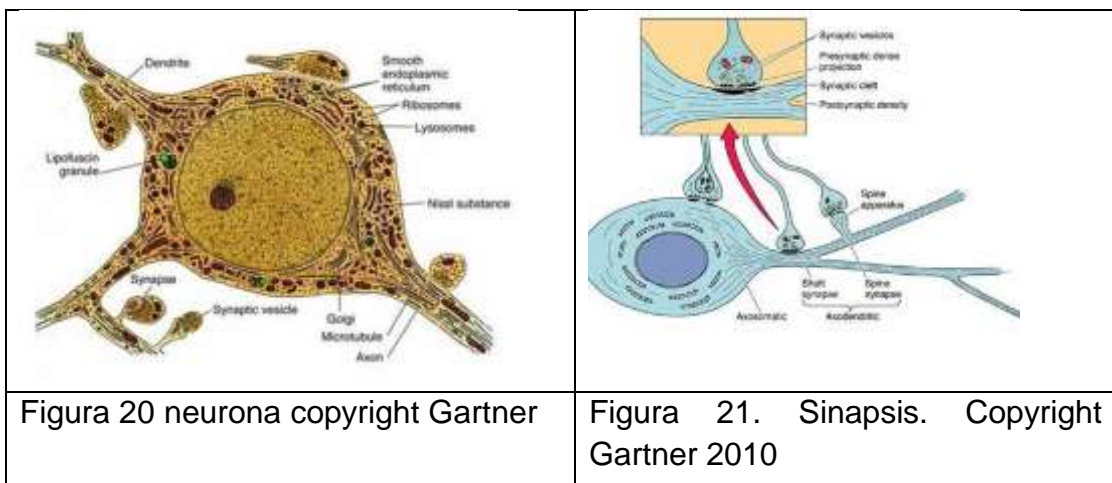


El extremo distal del axón se subdivide en numerosas ramas y cada una de estas ramas a su vez finaliza en una terminación nerviosa, de manera que el mensaje enviado por una neurona puede transmitirse en forma simultánea a muchas

células diana, que pueden ser otras neuronas o células musculares o glandulares. Asimismo, las dendritas pueden presentar ramificaciones muy extensas que en algunos casos permiten que una sola neurona pueda recibir hasta 100,000 impulsos nerviosos (Alberts, 2010).

Independientemente del significado de la señal que transporte una neurona, es decir, se trate de información visual proveniente del ojo, de una orden motora a un músculo o de un paso de una red compleja de comunicación nerviosa en el cerebro, el formato de la señal es siempre el mismo y consiste en cambios del potencial eléctrico a través de la membrana plasmática de la neurona.

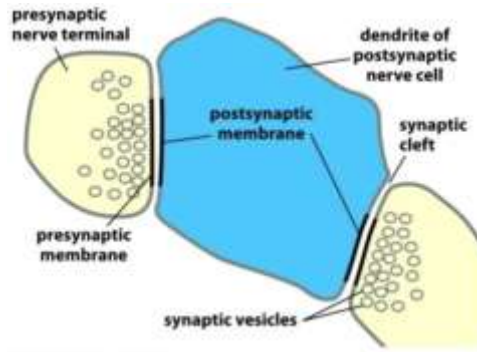
Neurona es estimulada por una señal, en general procedente de otra neurona, transmitida a una región localizada de su superficie. Esta señal induce una modificación del potencial de membrana en el sitio estimulado (diferencia de carga de iones de sodio extracelular de +30 milivoltios a -70 milivoltios intracelular y por lo consiguiente la entrada de iones de sodio al interior de la célula). Esta señalización que ingresa en un sitio se distribuye a toda la célula se dirige a dendritas y axón. En el momento que el potencial acción llega a los extremos del axón, es decir a las terminaciones nerviosas, la señal debe transmitirse de alguna manera a las células diana con las que entra en contacto y que, por lo general, consisten en otras neuronas o células musculares. La señal se trasmite en sitios de contacto especializados denominados sinapsis, lo que se puede apreciar en las figuras no 20 y 21.



En la mayoría de las sinapsis las membranas plasmáticas de las células trasmisora y receptora, es decir de las células presináptica y postsináptica,

respectivamente, están separadas por una hendidura sináptica estrecha -20 nm de ancho- que no puede ser atravesada por la señal eléctrica.

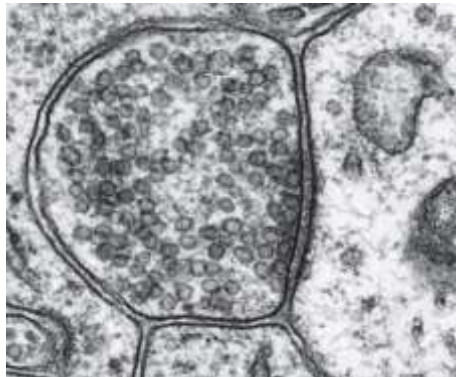
Figura 22. Terminaciones pre y postsinaptica.



Fuente: Alberts (2010).

El mensaje puede transmitirse de una neurona a otra porque la señal eléctrica se convierte en una señal química que adapta la forma de una pequeña molécula de señalización conocida con el nombre de neurotransmisor. Los neurotransmisores se almacenan en las terminaciones nerviosas en vesículas sinápticas recubiertas de membranas.

Figura 23. Microscopía electrónica. Neurotransmisores presinápticos.

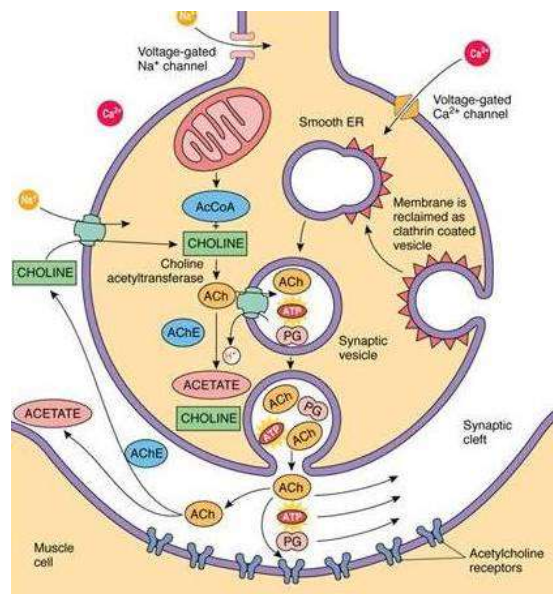


Fuente: Alberts (2011).

Cuando el potencial de acción llega a la terminación nerviosa, los neurotransmisores son liberados desde la terminación mediante exocitosis. Al mismo tiempo se libera calcio y esto determina la liberación del neurotransmisor en la hendidura sináptica. El neurotransmisor liberado difunde con rapidez a través de la hendidura sináptica y se une a receptores de neurotransmisores concentrados en la membrana postsináptica de la célula diana. La unión de los

neurotransmisores a sus receptores induce un cambio del potencial de membrana de la célula diana que puede desencadenar la descarga de un potencial de acción por parte de esta célula. El neurotransmisor se elimina con rapidez, ya sea por acción de enzimas que lo hidrolizan o su recaptación hacia el interior de la terminación nerviosa. Esta eliminación rápida del neurotransmisor garantiza que la inactivación de la célula presináptica se acompañe de la inactivación de la célula postsináptica.

Figura 24. Acción de neurotransmisor Acetilcolina.



Fuente: Gartner 2008.

2.3.3. Fisiología.

El sistema nervioso tiene diferentes funciones y una de ellas compleja de aprender y de entender es la función de la mente.

Corbera (2013) señala que el sistema nervioso es un sistema determinado estructuralmente, es decir, es un conjunto de elementos conectados de tal manera que solo pueden funcionar de acuerdo a esa estructura, donde el sistema nervioso solo es afectado por aquello que su constitución le permite detectar.- lo que no detecta no le afecta.-

En la siguiente figura 25 se identifica el funcionamiento de la mente.

Figura 25. Funcionamiento de la mente humana.



Fuente: Personal.

La mente humana tiene 4 componentes básicos que son: la atención, la percepción, la memoria y la inteligencia. Se describirán cada uno de ellos por separado.

LA ATENCIÓN

Por lo que se refiere a la atención Forns y Amador (1997) la describe como un proceso mental que permite que nos centremos en un determinado estímulo o información relevante. Además Palacios (1996) describe que la atención solo se fija en lo que interesa, si el estímulo no varía, la atención cambia de dirección, no puede permanecer fija durante mucho tiempo. Luego Buñol (2008) señala que la atención es la actividad psíquica en virtud de la cual el sujeto se aplica al de un objeto con exclusión parcial o total de los demás. Y por lo tanto, Marietan (1994) sostiene que la función de la atención es seleccionar datos, y esta selección no es aleatoria, ya que puede ser programada para que se respeten ciertas preferencias que harán que se dé prioridad a ciertos estímulos y no a otros –Filtro-.

Es la selección de información o como un recurso energético a distribuir en las diferentes operaciones, según se trate de recibir información o de ejecutar tareas (Davidson, 2007).

Esta definición refleja dos situaciones en que la atención está directamente involucrada:

- a. Cuando se recibe información, que es el caso cuando uno asiste a una conferencia o lee o ve una película.
- b. Cuando se realiza una tarea, por ejemplo al escribir un texto a computadora hay que estar atento al menos al texto del cual se transcribe, al teclado y a la pantalla del monitor.

LA PERCEPCIÓN

Palacios (1996) señala que uno de los propósitos de la percepción es informarnos acerca de las propiedades del ambiente que son vitales para nuestra supervivencia. Por medio de la percepción podemos organizar la información recibida e interpretarla de manera significativa. Cada persona percibe el mundo de manera diferente porque cada uno elabora una interpretación única e individual. Así pues Buñol (2008) sostiene que la percepción es captar un objeto presente y reconocerlo por sus cualidades, por lo que el sujeto selecciona, organiza e interpreta los estímulos dentro de un panorama significativo y coherente del mundo. Se le asocian factores importantes como la experiencia y los intereses del sujeto.

En tanto, Rena (2009) afirma que la percepción es el proceso por el cual integramos, organizamos e interpretamos la información recibida por nuestros receptores sensoriales.

No obstante, para Buñol (2008) la percepción es una interpretación de la sensación en forma estructurada y puede ser visual, auditiva, táctil, olfativa y gustativa. La percepción capacita al ser humano para: distinguir la información necesaria, explorar lo que nos rodea y evitar peligros.

Para la percepción pueden ofrecerse también dos definiciones:

La percepción es el proceso cognitivo que permite:

- a. La interpretación de la información.
- b. El reconocimiento de patrones.

En la primera definición se da por establecido que en los procesos perceptivos no son los estímulos del ambiente los que imponen al receptor, sino que éste pone lo suyo al percibir dando significado a los estímulos a que se enfrenta.

En la segunda definición lo que se da por establecido es que nuestra experiencia nos va aportando un caudal de patrones que se van almacenando en la memoria de largo plazo: patrones visuales (colores, formas, tamaños,...), auditivos el sonido de una canción, de una trompeta; el sonido de una guitarra,...).

LA MEMORIA

Para Squire (2004) la memoria es un proceso psicológico esencial para la adquisición, conservación y recuperación de la información; en su funcionamiento. Mezquita (2011) describe a la memoria como diversos procesos y estructuras implicadas en almacenar experiencias y recuperarlas de nuevo. Es la función involucrada en revivir las experiencias pasadas.

Es un sistema activo que recibe, almacena, organiza, modifica y recupera información. Hay tres tipos de memoria: sensorial, de corto plazo y largo plazo.

A) LA MEMORIA SENSORIAL

Es el almacenamiento inicial y momentáneo de la información.

B) LA MEMORIA DE CORTO PLAZO

Es una memoria transitoria que funciona como una estructura de pasaje de datos a la memoria de largo plazo, pero también como una estructura en la que tienen que colocarse momentáneamente los datos recuperados (memoria de trabajo) de la memoria de largo plazo.

C) LA MEMORIA DE LARGO PLAZO

Es una memoria permanente que sirve como una base de datos del conocimiento.

Sus características son:

Demanda una considerable cantidad de recursos atencionales.

Utiliza un formato de registro semántico.

Su amplitud es ilimitada.

Su recuperación se realiza en forma serial o paralelo.

Algunos de sus procesos son: organización, re-elaboración, búsqueda y recuperación.

EL PENSAMIENTO

El pensamiento permite el manejo, transformación y uso funcional del conocimiento que se aprende, para superar las dificultades que se encuentran en el entorno. Pensar implica un conjunto de habilidades (Molina y Mata, 2010), que permite interactuar mentalmente y en el plano de las ideas.

Algunas habilidades que permiten aprender conocimientos, transformarlos y utilizarlos son: observar, identificar, establecer secuencias, comparar, clasificar, identificar relaciones causa-efecto, inferir información de textos y analizar.

EL APRENDIZAJE

Rena (2009) sostiene que definir el aprendizaje no es tarea fácil, por lo que existen gran cantidad de conceptos, tanto como teorías que lo explican. Ella define el aprendizaje como un proceso de adquisición de una disposición, relativamente duradera, para cambiar la percepción o la conducta como resultado de una experiencia.

Proceso por el que el individuo adquiere ciertos conocimientos, aptitudes, habilidades, actitudes y comportamientos. Esta adquisición es siempre consecuencia de un entrenamiento determinado. El aprendizaje supone un cambio adaptativo, y es resultante de la interacción con el medio ambiente natural. Sus bases indiscutibles son la maduración biológica y la educación (Bar-on, 2003).

El aprendizaje es un cambio duradero en los mecanismos de la conducta que comprende estímulos y/o respuestas específicas y que resulta de la experiencia previa con estímulos y respuestas similares (Monsalve, 2009).

Funciones del sistema límbico.

El sistema límbico, a través del hipotálamo y sus conexiones con el tracto de salida del sistema nervioso autónomo y su función de control del sistema endocrino, es capaz de influir en muchos aspectos de la conducta emocional. En particular, en las reacciones de miedo y enfado, y en las emociones asociadas al comportamiento sexual.

Asimismo, Mezquita (2011) señala que el sistema límbico está compuesto por un grupo complejo de neuronas que regulan el comportamiento emocional. Este sistema comprende varias estructuras separadas en las porciones profundas del cerebro, tales como el hipocampo, circunvolución del hipocampo, cíngulo, los cuerpos amigdalinos y una estructura en forma de puente denominada fornix o trígono, la cual consiste en un haz de fibras nerviosas que conectan al hipocampo con el hipotálamo.

Los centros superiores e inferiores del cerebro se comunican con el sistema límbico para vincular los pensamientos y las respuestas del sistema nervioso autónomo con las emociones.

El hipocampo, junto con las estructuras vecinas de los lóbulos temporal y parietal, posee numerosas conexiones indirectas con varias partes de la corteza cerebral y otras porciones del sistema límbico. El hipocampo desempeña un papel principal en la codificación, la consolidación y la recuperación de recuerdos.

Casi todos los tipos de información sensitiva activan alguna parte del hipocampo. A su vez, el hipocampo distribuye la información hacia la parte anterior del tálamo, el hipotálamo y otras partes del sistema límbico. Además, el hipocampo agrupa y simplifica los impulsos en preparación para la codificación de los recuerdos.

Por lo tanto, Snell (2010) afirma que el hipocampo desempeña un papel importante en la conversión de la memoria a corto plazo en la memoria a largo plazo. En pacientes con enfermedades en las que los trastornos de la memoria revisten especial importancia, tales como la enfermedad de Alzheimer, se documentó atrofia del hipocampo.

Los cuerpos amigdalinos reciben señales neuronales de los lóbulos temporal y occipital de la corteza cerebral y establecen numerosas conexiones bidireccionales con hipotálamo y otras regiones del sistema límbico. Mediante estas conexiones, los cuerpos amigdalinos participan en la relación de un individuo con el medio circundante y contribuyen al patrón de respuesta apropiado a los estímulos ambientales. Debido a la multiplicidad de sus conexiones, los cuerpos amigdalinos se compararon con “ventanas” a través de las cuales puede percibirse el mundo.

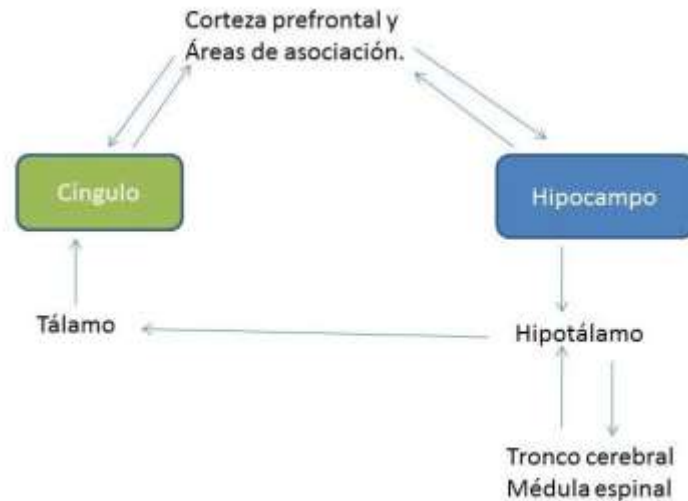
Los cuerpos amigdalinos desempeñan un papel importante en la función emocional y la regulación y modulación de las respuestas afectivas en un entorno social. La excitación sexual, la agresión y el miedo también se relacionan con los cuerpos amigdalinos.

Sin embargo, Porth (2005) cuestiona que si bien desde una perspectiva anatómica estricta el hipotálamo no forma parte del sistema límbico, esta estructura cumple un papel esencial debido a las múltiples conexiones que establece con el sistema. El hipotálamo ejerce una multitud de funciones reguladoras relacionadas con las necesidades básicas corporales de supervivencia, tales como la regulación de la temperatura corporal, los patrones de sueño y reposo, el hambre, el impulso sexual y las secreciones hormonales.

Desde el punto de vista funcional, el sistema límbico está constituido por un conjunto de neuronas involucradas en la experiencia y el control de las emociones y en el aprendizaje y la memoria. Las neuronas ocupan diferentes áreas corticales y establecen múltiples conexiones con el hipotálamo y la formación reticular.

Las neuronas de la corteza del cíngulo, implicadas en la experiencia de las emociones, tienen relaciones recíprocas con la corteza prefrontal y las áreas corticales de asociación Figura 26.

Figura 26. Conexiones nerviosas de las emociones.

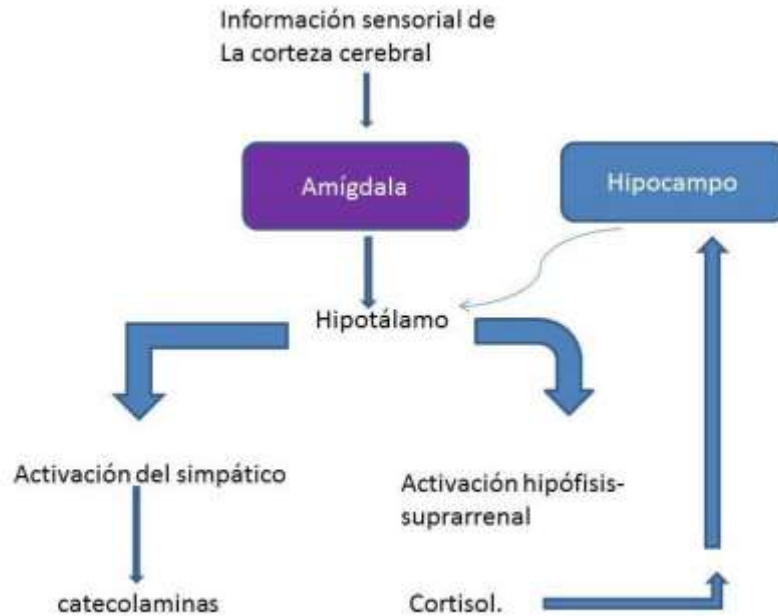


Fuente: Goleman (2012).

La corteza del cíngulo conecta con el hipocampo, la cual, a su vez tiene conexiones recíprocas con la corteza prefrontal y la corteza de asociación. El hipocampo conecta con el hipotálamo, que es importante en la expresión de las emociones, y el hipotálamo a través del tálamo, conecta con la corteza del cíngulo. De esta forma se relacionan la expresión de las emociones y la experiencia de las emociones. Las vías aferentes del hipotálamo conectan con el tronco cerebral y la médula espinal.

Cuando la información sensorial que parte del medio ambiente es interpretada como una amenaza, se produce una sensación de miedo o ansiedad. La respuesta a esta sensación implica la activación del simpático y del sistema hipotálamo- hipófisis- suprarrenal y constituye la llamada respuesta al estrés, tal y como se aprecia en la figura 27.

Figura 27. Estimulación simpática de las emociones.



Fuente: Goleman (2012).

En el plasma aumentan las catecolaminas y el cortisol. En respuesta al estrés tiene un protagonismo esencial la amígdala. La destrucción de la amígdala comporta la desaparición de la sensación de miedo o ansiedad.

La información sensorial llega a la amígdala desde las áreas corticales y produce sensación de miedo o ansiedad. La amígdala conecta con el hipotálamo y desencadena la respuesta del estrés. El hipocampo conecta con el hipotálamo y ejerce una acción inhibitoria de la respuesta al estrés. El cortisol elevado en el plasma durante la respuesta del estrés activa el hipocampo y este inhibe la respuesta hipotalámica al estrés. Si se produce una elevación crónica del cortisol, deja de producir efecto sobre el hipocampo.

La amígdala y el hipotálamo participan también en las respuestas agresivas. La corteza frontal ejerce un efecto inhibitorio. Las lesiones de la corteza frontal pueden dar lugar a reacciones agresivas incontroladas.

El hipocampo transforma la memoria de corto plazo a memoria de largo plazo. La importancia del hipocampo en la memoria de largo plazo se demostró después de extirpar el hipocampo de ambos lados en un paciente que sufría crisis epilépticas. El paciente conservaba la memoria previa a la intervención y la memoria a corto

plazo, pero era incapaz de transformar la memoria inmediata a memoria de largo plazo. Sin embargo, el paciente después de la intervención era capaz de realizar tareas motoras de manera inconsciente, por ejemplo andar en bicicleta. La localización de esa memoria se encontraría en el cerebelo y en las sinapsis de las vías reflejas.

Fisiología de la percepción, el pensamiento y la memoria.

Por lo tanto, Porth (2005) señala que la percepción representa el estadio final del procesamiento de la información. La percepción es el reconocimiento consciente de los estímulos sensitivos y determina respuestas conductuales a estos estímulos. La información proveniente de los órganos sensitivos es recibida por el tálamo y de allí se proyecta hacia la corteza somatosensitiva y el área de asociación prefrontal. El área de asociación prefrontal mantiene un registro de la información guardada en la memoria a largo plazo y es responsable de recuperar e integrar los recuerdos con los impulsos sensitivos durante el proceso de adopción de decisiones.

Por lo tanto, Bar-On (2007) afirma que los pacientes con lesiones u otro tipo de daños en la amígdala derecha presentan una pérdida de autoconciencia emocional, o sea, de la capacidad de ser conscientes de sus propios sentimientos y comprenderlos.

Aprendizaje y memoria.

Por consecuencia, Monsalve (2009) sostiene que la conducta es afectada por señales ambientales que son procesadas mediante el aprendizaje y la memoria. El aprendizaje es el proceso de adquisición de conocimientos, mientras que la memoria es el proceso de almacenamiento y recuperación de lo aprendido.

Hay dos formas de memoria: la memoria implícita relacionada con el aprendizaje motor reflexivo y las habilidades perceptivas y la memoria explícita, relacionada con el procesamiento objetivo de las personas, sitios y objetos y sus significados. Se llama memoria al sistema por el cual el organismo retiene, recupera y elimina información.

Para memorizar hay que atender. Si no se atiende no se percibe ni se graba información.

Los tipos de memoria son dos: memoria de hechos, o declarativa, que implica representaciones mentales, y memoria de habilidades, o de procedimientos, que no las implican. Ejemplo de la primera es recordar nombres, fechas, episodios, etcétera; ejemplo de la segunda es nadar, andar en bicicleta, manejar, etcétera.

Por lo tanto, Corbera (2013) señala que los procesos del pensamiento probablemente se relacionen con un patrón de estímulos provenientes de distintas partes del sistema nervioso en forma simultánea y con una secuencia precisa. Cada pensamiento requiere impulsos simultáneos provenientes de distintas partes de la corteza cerebral, el tálamo, sistema límbico y la formación reticular del tronco cerebral. La corteza cerebral de asociación prefrontal procesa información derivada de varias regiones del cerebro y es imprescindible para poder pensar (Lamm, 2010). Esta área de asociación posee la capacidad de registrar fragmentos de información y recuperarlos en forma simultánea de la memoria de trabajo. Esta capacidad permite planificar, fijar objetivos y resolver problemas. La expresión de los pensamientos en forma de lenguaje requiere la función normal del área de Broca para la formación de las palabras y el área de Wernicke para la comprensión del lenguaje.

Por tanto, Porth (2005) describe desde una perspectiva fisiológica, el pensamiento y los recuerdos son consecuencia de la transmisión sináptica entre distintas neuronas. Durante estos procesos, vías nuevas o reactivadas transmiten circuitos nerviosos que a veces se designan con el nombre de huellas mnémicas, a través del cerebro. Aunque a menudo se conciben los recuerdos como una memorización positiva de experiencias pasadas, es probable que la mayor parte de los recuerdos representen fragmentos negativos que el cerebro descarta por considerarlo información negativa o de escasa importancia. La importancia de la información y la necesidad de almacenarla como huella mnémica o suprimirla están determinadas por las regiones basales del sistema límbico. Esta función de selección de la memoria es esencial, dado que su abolición determinaría que el caudal constante de información sensitiva exceda la capacidad cerebral en el curso de minutos.

Los recuerdos pueden durar minutos, horas, meses o años. Con fines de clasificación, la memoria puede dividirse en memoria a corto plazo a mediano plazo y a largo plazo. La memoria a corto plazo recuerda la información recibida durante un periodo de varios segundos a minutos (por ej. Número telefónico de 7 a 10 dígitos). Se piensa que esta forma de memoria se relaciona con señales nerviosas que transcurren a lo largo de una huella mnémica temporaria. La memoria a mediano plazo recuerda la información recibida durante un periodo de varios minutos a semanas. Estos recuerdos se perderán salvo que se

establezcan huellas dactilares. La memoria a largo plazo dura años y se piensa que es consecuencia de alteraciones estructurales efectivas de las sinapsis. Por ejemplo, podría tener lugar un aumento de las estructuras presinápticas responsables de la síntesis o liberación de neurotransmisores.

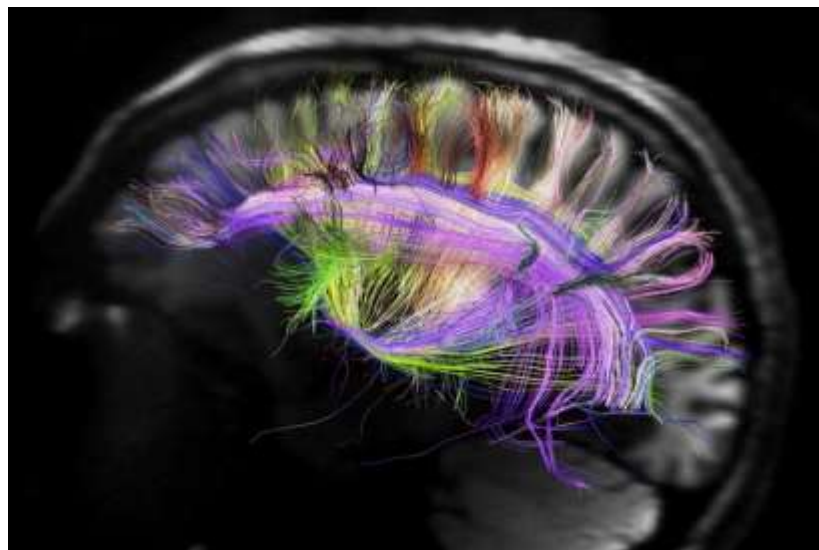
Nuevos estudios con Resonancia magnética nuclear realizadas por Wedeen (2013) publica en Science la forma en que las neuronas se abren paso por el cerebro. “Se trata de un patrón de cruce precioso, es como una tela de oro en tres dimensiones”, declara emocionado.

Este mapa cerebral se ha ‘dibujado’ gracias a la resonancia magnética–IRM-. Las imágenes obtenidas ‘rastrear’ las células nerviosas de la materia gris, que se enredan en las fibras y los cables de la materia blanca.

El científico explica que, si en su recorrido las neuronas fueran transeúntes de una gran ciudad como Nueva York, las avenidas y las calles de Manhattan necesitarían los ascensores para construir la tercera dimensión del distrito de la gran manzana.

“Lo más importante de los recorridos era determinar dónde empieza y dónde acaba cada ruta, como si quisiéramos saber la función de cada cable en un mecanismo eléctrico”, aclara Wedeen (2013).En la siguiente figura se ven esas conexiones.

Figura 28. Redes de comunicación de las neuronas.



Fuente: Wedeen (2013).

2.3.4. Fisiopatología.

De acuerdo a Porth (2005) señala que los síntomas de las enfermedades mentales son consecuencia de alteraciones de la función nerviosa o la destrucción de neuronas cerebrales. Dado que el cerebro integra los procesos responsables del aprendizaje, la memoria y las emociones, las manifestaciones de enfermedad mental pueden consistir sobretodo en alteraciones cognitivas, alteraciones emocionales o una combinación de ambas.

Los pacientes psiquiátricos y los pacientes con lesiones cerebrales no solo padecen disfunciones corticales específicas sino que también pueden experimentar dificultades relacionadas con el aprendizaje y la memoria. Es probable que estas dificultades afecten la conducta y la planificación de intervenciones eficaces.

También hay algunos datos que indican que el hipocampo participa en la conversión de la memoria reciente en la memoria de largo plazo. Una lesión del hipocampo origina que el sujeto sea incapaz de almacenar la memoria a largo plazo, si bien no se le afecta la memoria de los episodios del pasado remoto que tuvieron lugar antes del desarrollo de la lesión. Esta afección se denomina amnesia anterógrada. Es interesante destacar que una lesión del cuerpo amigdalino y del hipocampo produce una mayor pérdida de memoria que una lesión producida en cualquiera de ambas estructuras por separado.

Las distintas conexiones aferentes y eferentes del sistema límbico proporcionan las vías para la integración y las respuestas homeostáticas eficaces ante una gran variedad de estímulos ambientales.

En la enfermedad de Alzheimer, que cursa con una pérdida progresiva de la memoria, se produce una acusada atrofia del hipocampo. Esta enfermedad produce demencia. Además de una pérdida progresiva de la capacidad cognitiva, con pérdida del lenguaje –afasia- y de las capacidades motoras (apraxia). Hay disminución de producción de acetilcolina.

Los trastornos funcionales de la formación reticular y del sistema límbico dan lugar a alteraciones psiquiátricas, como la depresión, la psicosis maniaco- depresiva, y la esquizofrenia.

3.3.5. Concepto y descripción de la Inteligencia Emocional.

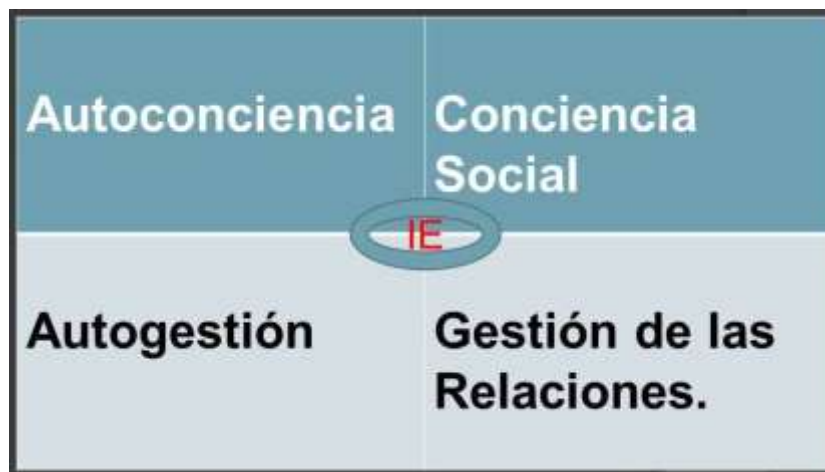
La inteligencia emocional es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos.

En este sentido, Molina y Mata (2010) considera que el término Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino dirigir las y equilibrarlas.

La inteligencia emocional es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos. El término fue popularizado por Daniel Goleman, con su célebre libro: Inteligencia emocional, publicado en 1995. Goleman estima que la inteligencia emocional se puede organizar entorno a cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación, y gestionar las relaciones.

De acuerdo con lo anterior, Goleman (2012) concluye que la mayoría de los elementos de todos los modelos de inteligencia emocional encajan en 4 elementos genéricos: la autoconciencia, la autogestión, la conciencia social y la gestión de las relaciones.

Figura No 29. Cuatro elementos de Inteligencia emocional.



Fuente: Goleman (2012).

Según, Gardner (1983) señala que si hay un tipo de inteligencia que era un conjunto de capacidades tenía que existir un conjunto subyacente y exclusivo de zonas cerebrales que los gobernara y regulara.

De acuerdo a lo anterior, Bar-on (2007) afirma que ha identificado circuitos diferenciados para la inteligencia emocional. El realizó estudio de lesiones; es decir, analizaron a pacientes en zonas definidas del cerebro y establecieron una correlación entre la ubicación de la lesión y las capacidades alteradas o desaparecidas. La inteligencia emocional reside en áreas del cerebro distintas a las del coeficiente intelectual.

Los hombres que poseen una elevada inteligencia emocional suelen ser socialmente equilibrados, extrovertidos, alegres, poco predispuestos a la timidez y a rumiar sus preocupaciones. Demuestran estar dotados de una notable capacidad para comprometerse con las causas y las personas, suelen adoptar responsabilidades, mantienen una visión ética de la vida y son afables y cariñosos en sus relaciones. Su vida emocional es rica y apropiada; se sienten, en suma, a gusto consigo mismos, con sus semejantes y con el universo social en el que viven (Cooper, 1998).

Al hacer referencia a recientes investigaciones por expertos en la materia tiene gran importancia es en este tiempo de crisis, violencia familiar, extra familiar, ciudadana y poblacional las emociones son componentes del ser humano que nos permiten sentir que estamos vivos, imaginémos por un instante como seria nuestra vida, sino tuviéramos emociones, la personalidad no tendría sentido, seríamos seres vacíos.

Las emociones son estados afectivos, de expresión súbita y de aparición breve, pueden según David Goleman y otros, crear un impacto positivo o negativo sobre nuestra salud física, mental y espiritual.

Eisenberg (2000) señala que la inteligencia emocional no es algo con la que nacemos, sino que se desarrolla y se entrena por medio de experiencias adquiridas durante la infancia y la adolescencia y puede mejorarse y fortalecerse en la vida adulta. La plasticidad cerebral permite que la felicidad y el equilibrio emocional sean habilidades que se vayan aprendiendo.

En efecto, Redondo (2005) sostiene que las definiciones tradicionales de inteligencia hacen hincapié en los aspectos cognitivos, tales como la memoria y la capacidad de resolver problemas,. Thorndike, en 1920, utilizó el término inteligencia social para describir la habilidad de comprender y motivar a otras personas. La definió como "la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas".

Cuando la inteligencia emocional es escasa, y las emociones son mal canalizadas, se ve perjudicada nuestra inteligencia racional, por lo que afectaría no solo las relaciones con los demás y con nosotros, sino también el propio rendimiento.

La autoconciencia.

Los nuevos hallazgos parecen indicar el modo en que las regiones cerebrales relacionadas con la autoconciencia nos ayudan a aplicar la ética y a tomar decisiones en general. La clave para comprender esa dinámica es distinguir entre el cerebro pensante -la corteza nueva- y las zonas subcorticales.

El corteza nueva corresponde a los hemisferios cerebrales contiene los centros dedicados a la cognición y a otras operaciones mentales complejas. Por el contrario las regiones subcorticales corresponden al tallo cerebral y realizan funciones básicas elementales porque nacen los pares craneales.

Lo mejor para una tarea.

El autodomínio exige autoconciencia más autorregulación, componentes claves de la inteligencia emocional. Uno de los parámetros de autodomínio es alcanzar el estado cerebral más adecuado para realizar una tarea.

Si hablamos de eficiencia personal, tenemos que encontrarnos en el mejor estado interno para la labor que vayamos a realizar, y cada uno de ellos tiene sus puntos a favor y puntos en contra. Por ejemplo, los nuevos resultados demuestran que las ventajas de estar de buen humor son tener mayor creatividad, resolver mejor los problemas, contar con una mayor flexibilidad mental y ser más eficientes en la toma de decisiones en muchos sentidos.

Sin embargo, entre los inconvenientes se aprecia una tendencia a no utilizar tan bien el sentido crítico al distinguir entre los argumentos sólidos y débiles, o a tomar decisiones precipitadas, o a no prestar suficiente atención a los detalles en una tarea que lo requiere.

Por otro lado, estar de mal humor, o de un humor más pesimista, tiene su lado positivo; entre otras cosas, se demuestra una mayor capacidad de prestar atención al detalle, incluso al hacer algo aburrido lo que nos dice que es mejor ponerse serio antes de leer un contrato. De mal humor nos mostramos más escépticos, de forma que, por ejemplo es menos probable que nos limitemos a confiar en las opiniones de expertos y seguramente haremos preguntas perspicaces y sacaremos conclusiones propias.

Una hipótesis sobre la utilidad de la rabia dice que moviliza energía y hace que se centre la atención en eliminar obstáculos que nos impiden alcanzar un objetivo, lo cual puede estimular, por ejemplo, el impulso de recuperarse en la siguiente ronda a un competidor ante el que acabamos de perder (da igual que se trata de un equipo de baloncesto o de una fábrica).

El principal inconveniente de estar de mal humor es, por descontado, que resulta molesto tanto para nosotros como para quienes nos rodean; pero existen otros perjuicios más sutiles: en el nivel cognitivo somos más pesimistas y, por ello es más probable que nos retiremos cuando las cosas fallan. El mal humor nos predispone en contra de lo que estemos planeándonos y por consiguiente nuestros juicios se desvían hacia la negatividad. Además, como nuestra compañía no resulta agradable, podemos afectar de forma negativa la armonía de un equipo: basta un individuo contrariado para reducir la eficiencia de todo el grupo.

Existe además un factor tal vez sorprendente para determinar cuál es el mejor estado cerebral para realizar una tarea: La creatividad.

El encéfalo creativo.

“El hemisferio derecho es bueno y el izquierdo, malo”. Esa teoría sobre la relación entre la creatividad y los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro se remonta a 1970. La nueva concepción de los hemisferios es más precisa con respecto a la topografía cerebral: Al comparar el izquierdo con el derecho

A continuación en las siguientes figuras 30 y 31 se describen las funciones específicas de cada hemisferio cerebral.

Figura No 30. Función de hemisferios cerebrales.

Función de hemisferios cerebrales	
Hemisferio izquierdo	Hemisferio derecho
1. Procesa paso a paso secuencialmente	1. Procesa todo a la vez.
2. Mira los detalles	2. Mira la totalidad.
3. Conecta al mundo en piezas y partes identificables	3. onecta al mundo en totalidades.
4. Es lógico busca la causa y el efecto.	4. Es analítico: busca correspondencia y semejanzas
5. Es receptivo para comprobar o enunciar hechos.	5. Es receptivo para calificar aspectos definidos del mundo subjetivo.
6. Prioriza la información, produce pensamiento lineal.	6. Prioriza la emoción.
7. Las ideas gobernadas por esquemas o reglas, dibuja a partir de códigos preconcebidos que brindan información organizada.	7. Produce pensamiento intuitivo.
8. Dominio de la sintaxis de enlace gramatical de las palabras.	8. Apertura de ideas transformación, dibuja patrones estructurados que expresan sentimientos.
9. Puede recordar secuencias motoras complejas.	9. Sintaxis limitada a imágenes o frases que forman parte de una unidad.
10. Descubre " como ".	10. Puede recordar imágenes complejas.
11. Es expresivo verbalmente usando palabras como signo (mente-signo).	11. Usa imágenes no palabras.
	12. Descubre " que es ".
	13. Es receptivo verbalmente para diseñar con las palabras (mente-diseño).

Fuente: Personal.

Cada persona en forma individual tiene predominio de un hemisferio sobre el otro, la mayoría de las fibras motoras y sensitivas se cruzan en diversos sitios anatómicos por lo que una persona con predominio motor derecho tiene funcionando su hemisferio izquierdo.

En la tabla número 26 se ven las diferencias entre los derechos y zurdos por el predominio de los hemisferios cerebrales.

Figura 31. Funciones de hemisferios cerebrales.

Funciones de los hemisferios cerebrales	
Hemisferio izquierdo	Hemisferio derecho.
lenguaje escrito	Perspicacia
Lenguaje hablado	Percepción tridimensional.
Habilidad numérica	Sentido artístico
Razonamiento	Imaginación.
Habilidad científica.	Sentido musical.
Control de la mano derecha.	Control de la mano izquierda.

Fuente:Personal.

Ahora sabemos que la creatividad no solo tiene que ver con lo que está a la derecha o izquierda, sino también con lo que está arriba o abajo, con todo el cerebro, en suma. Llegado este punto resulta importante comprender una diferencia estructural entre el hemisferio derecho y el izquierdo.

El primero presenta más conexiones nerviosas tanto consigo mismo como con todo el resto del cerebro así mismo tiene fuertes vinculaciones con centros emocionales como la amígdala y las regiones subcorticales de toda la parte inferior del cerebro.

El lado izquierdo cuenta con muchas menos conexiones, tanto consigo mismo como con el resto del cerebro está formado por columnas claramente superpuestas que permiten una nítida diferenciación de las distintas funciones mentales, que sin embargo no pueden integrarse demasiado. En contraste, estructuralmente el derecho está más mezclado.

El cerebro creativo no solo es el hemisferio derecho: cuando el estado cerebral creativo accede a una amplia red de conexiones todo participa, la parte izquierda y la derecha, la superior y la inferior.

Gutiérrez (2009) describe que la inteligencia creativa es la habilidad para inventar metas, proyectos y planes. También es la habilidad para perseguir las metas e implementar estos proyectos y planes. Esta inteligencia es una forma autónoma de inteligencia enfocada en el futuro. Los objetivos del futuro están basados en el pasado y en el presente. Como todas las formas de inteligencia, la inteligencia creativa se desarrolla de otras funciones cognitivas. Esta se desarrolla de la base del conocimiento implícito y explícito que se adquiere en el pasado por la atención, percepción y simbolización por el lenguaje.

El autodomínio.

Los dos cuartos de la izquierda del modelo genérico de la inteligencia emocional hacen referencia a la relación que tenemos con nosotros mismos: son la autoconciencia y la autogestión.

Se trata de los principios básicos del autodomínio: la conciencia y la gestión de nuestros estados internos. Esas capacidades son las que permiten que alguien tenga un excelente rendimiento individual en cualquier campo y en el empresarial en concreto aporte magníficas contribuciones personales (estrella solitaria).

Competencias como la gestión de las emociones, el impulso concienciado para alcanzar objetivos, la adaptabilidad y la iniciativa se basan en la autogestión emocional.

La zona más importante para la autorregulación es la corteza prefrontal (área buena del cerebro), el que nos guía en nuestro mejor momento. En la región dorsolateral de la zona prefrontal se localiza el control cognitivo, que regula la atención, la toma de decisiones, la acción voluntaria, el razonamiento y la flexibilidad de la respuesta.

La amígdala es un punto desencadenante de la angustia, la ira, el impulso, el miedo, etc. Cuando este circuito toma las riendas actúa como el jefe malo y nos conduce a realizar acciones de las que más tarde podemos arrepentirnos.

La interacción entre estas dos áreas del cerebro crea una autopista nerviosa que, cuando está equilibrada, es la base del autodomínio. La mayor parte de las veces no podemos dictar que emociones vamos a sentir, cuando vamos a sentirlas ni con que fuerza. Nos llegan espontáneamente desde la amígdala y otras zonas subcorticales. Alcanzamos el punto de elección una vez que nos sentimos de una forma determinada. ¿Qué hacemos? ¿Cómo lo expresamos? Si el córtex prefrontal tiene los circuitos inhibidores a pleno rendimiento, lograremos alcanzar un punto de decisión que nos permita ser más astutos al guiar nuestra respuesta y, por consiguiente, al manejar las emociones de los demás, para bien o para mal, en esa situación. Desde una perspectiva nerviosa, esa es la esencia de la autorregulación.

Phelps (2006) señala que la amígdala es el radar que detecta los peligros. El cerebro está concebido como un instrumento de supervivencia. En su esquema de funcionamiento la amígdala ocupa una posición privilegiada. Si detecta una amenaza, en un instante puede tomar el mando del resto del cerebro y sufrimos lo que se conoce como secuestro amigdalár.

El secuestro apresa nuestra atención y la dirige hacia el peligro en cuestión. Si estamos en el trabajo, al sufrirlo no podemos concentrarnos en nuestro cometido, solo pensar en lo que nos agobia. La memoria también deja de funcionar con normalidad y recordamos con más facilidad lo que tiene que ver con la amenaza y no tenemos tan claro lo demás. Durante un secuestro amigdalár somos incapaces de aprender y nos apoyamos en hábitos archisabidos, conductas que hemos aplicado una y otra vez. No podemos innovar ni ser flexibles.

El secuestro amigdalario comete errores a menudo, en especial en la vida moderna, donde los peligros son simbólicos y no amenazas físicas. Y por ello reaccionamos de forma exagerada, aunque luego nos arrepintamos.

Estos son los cinco detonantes de la amígdala más importantes en el entorno laboral:

- Ser objeto de condescendencia y falta de respeto.
- Recibir un trato injusto.
- No sentirnos valorados.
- Tener la impresión de que no nos escuchan.
- Vernos sometidos a calendarios poco realistas.

En un clima económico con gran incertidumbre el miedo campa a sus anchas. La gente teme quedarse sin trabajo, que peligre la seguridad económica de su familia y los demás problemas que comporta una crisis. Y la ansiedad secuestra a los trabajadores que deben hacer más con menos. Así, en este tipo de circunstancias hay muchas personas que funcionan a diario en un estado que equivale a un secuestro amigdalario leve pero crónico.

El secuestro amigdalario puede durar segundos minutos días o semanas. A algunos, si se han acostumbrado a vivir con mal humor o con miedo, puede parecerles su estado normal. De ahí surgen problemas clínicos como trastornos de ansiedad o depresión o el trastorno de estrés posttraumático. Todo esto se puede corregir con técnicas de relajación o meditación.

La Gestión del Estrés.

El estrés es muy común en el trabajo laboral de diversa índole. El estrés por riesgo de perder trabajo y órdenes imposibles de realizar, gente irresponsable que ocupa cargos directivos, compañeros de trabajo desagradables y un sindicato que estimula a los flojos.

Sin duda, Davidson (2010) afirma que cuando nos encontramos en secuestro amigdalario o sometidos a momentos angustiosos se detectan niveles altos en región corteza prefrontal derecha, pero cuando nos sentimos bien - entusiasmados, llenos de alegría etc.- se moviliza la zona prefrontal izquierda.

Del mismo modo, Davidson (2010) señala los estilos emocionales que en realidad son estilos cerebrales. Existe uno que refleja con qué facilidad nos enojamos que vayan desde una amígdala explosiva (los que enseguida se enfadan, se frustran y

se alteran) a la imperturbable.

Un segundo estilo indica con que velocidad nos recuperamos tras un momento de angustia. Hay quienes se reponen rápidamente una vez que se alteran, mientras que otros les cuesta mucho tiempo. La preocupación crónica mantiene la amígdala alerta, de modo que el individuo permanece en un estado de angustia mientras sigue cavilando.

El tercer estilo evalúa la profundidad de los sentimientos de una persona. Unos los experimentan con más intensidad y otros de modo superficial. Quienes presentan sentimientos más fuertes pueden disponer de mayor capacidad para comunicarlos con mayor autenticidad y eficacia, para emocionar a la gente.

En efecto, Frederickson (2009) sostiene que la gente que prospera en la vida (que tiene relaciones positivas y un trabajo gratificante, que considera que su vida tiene sentido) experimenta al menos tres acontecimientos emocionales positivos por cada uno negativo. Esto también se ve en equipos de éxito que tienen índice de 5 positivo por uno negativo y eso mismo se ve en la gente próspera.

Cuando estamos atrapados en un secuestro amigdalario continuado, intenso o leve, sufrimos una activación del sistema nervioso simpático. Y todo esto hace que los circuitos de alarma activen la respuesta de lucha, huida o paralización que segrega hormonas tipo adrenalina y noradrenalina que afectan sistémicamente. Por el contrario cuando estamos en relajación activamos del sistema parasimpático y producen restablecimiento y recuperación, y está vinculado con la zona prefrontal izquierda.

Para generar emociones positivas hay varias estrategias. Una de ellas consiste en desconectarse regularmente de la rutina de agitación y problemas para reposar y restablecernos.

La motivación: lo que nos mueve.

Las palabras motivación y emoción tienen orígenes muy parecidos: las dos están relacionadas con el concepto de movimiento. La motivación es lo que nos impulsa a actuar por conseguir un objetivo. Todo lo que nos motive nos hace sentir bien.

Las motivaciones determinan donde encontramos placeres, pero con frecuencia cuando llega el momento de lograr esos objetivos la vida presenta dificultades.

La gente cuyo punto de ajuste está al lado izquierdo es más positiva pero señala Davidson (2007) es propensa a la ira cuando se malogra un objetivo importante. En ese momento se frustran, se enfadan, retoman el camino y lo superan.

Por el contrario, la activación de la zona prefrontal derecha funciona como inhibidor de la conducta: estos individuos tiran la toalla con más facilidad cuando las cosas salen mal. No corren riesgos, no porque tomen medidas precautorias, sino porque aplican un exceso de cautela. Adolecen de falta de motivación, suelen ser más ansiosos y miedosos y más pendiente de posibles amenazas.

En consecuencia, Mc Clelland (1973) plantea tres motivadores importantes para los seres humanos.

1. Necesidad del logro. Impulso a sobresalir, de luchar por tener éxito. Les gusta la responsabilidad y les disgusta el logro de méritos por azar.
2. Necesidad de poder. Necesidad de que otros realicen una conducta que sin su indicación no habrían observado. Les gusta ser jefes, tratan de influir en los demás.
3. Necesidad de afiliación. Deseo de establecer relaciones interpersonales. Son muy colaboradores.

Con base en lo anterior, Mc Clelland (1973) concluye que una cantidad de estudios que demostraban que esas pruebas de aptitud, que los psicólogos habían usado tradicionalmente para pronosticar el desempeño, en realidad, no predicen el desempeño laboral.

Además, a menudo las pruebas tenían una base cultural y tendían a ser parciales. También descubrió que otras evaluaciones tradicionales usadas en el proceso de contratación, como resultados de exámenes y referencias, eran igualmente pobres en la predicción del éxito en el empleo.

Por tanto, Mc Clelland (1973) se propuso encontrar una alternativa a las pruebas tradicionales de actitud e inteligencia que conllevará a una medición más profunda que calificó como competencias. Una competencia se define como una característica subyacente de una persona que le permite tener un desempeño superior en un empleo, puesto y situación dada.

En efecto, Mc Clelland (1973) afirmaba qué diferenciaba realmente el desempeño y producía el éxito de un empleado. Es usual exponer la analogía del iceberg para entender la gestión de la entrevista por competencias, ésta explica que mientras

algunos elementos son fácilmente identificables y cuantificables en la superficie del iceberg, otros son más difíciles de detectar, aunque en la mayoría de los casos éstos, son los más significativos.

Así en la cima del iceberg y fuera del mar donde es visible para cualquiera, esta parte del iceberg representa los conocimientos, las destrezas, la inteligencia, pero dentro del fondo del mar en la parte profunda del iceberg que no es visible desde la superficie están aquellos rasgos, motivos, roles que producen y predicen resultados superiores sostenidos en el tiempo, mismos que dirigen y controlan la conducta superficial observable que se encuentra en la parte visible del iceberg. Mientras más complejo sea el cargo, es más probable que el excelente desempeño sea dirigido por las características y que se encuentran en niveles más bajos del iceberg, y no por las destrezas y conocimientos de la punta. En la siguiente figura se ven los conceptos del Iceberg.

Figura 32. Conceptos del iceberg.



Fuente: Mc Clelland (1973)

Por muy buenos que sean los directivos, no se contentan y siempre aspiran a obtener mejores resultados.

El impulso de consecución puede tener una desventaja: hay quien acaba siendo adicto al trabajo, se obsesiona con sus objetivos laborales y se olvida de vivir plenamente. Si la obsesión por el trabajo busca el perfeccionamiento y la meta es inalcanzable la situación se nos va de las manos.

Al evaluar el rendimiento los perfeccionistas se fijan en lo podrían haber hecho bien pero se olvidan en lo que hicieron bien. Todo esto repercute en su vida

familiar. El precio puede ser un fracaso sentimental detrás de otro. Y no tener tiempo de disfrutar algo y tener un estrés crónico.

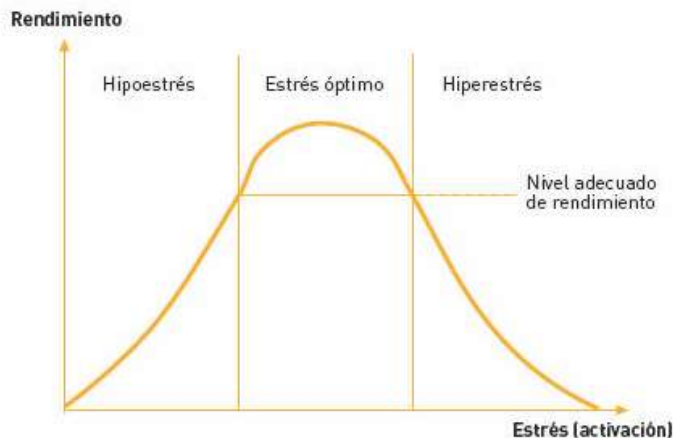
Hay que hacerle entender a la gente que un éxito excesivo tiene un lado negativo. Un segundo elemento que el éxito de 110 % no es necesario sino con un 80 % ya está muy bien, y que además del éxito uno debe disfrutar la vida y ser feliz.

Rendimiento óptimo.

En efecto Yerkes y Dodson (1908) afirman que la relación estrés y rendimiento. Ellos estudiaron la relación eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, las conexiones que segregan hormonas del estrés cuando se activa la amígdala cerebral.

Es una forma distinta de analizar de qué manera el cerebro beneficia o perjudica nuestro rendimiento, ya sea en el trabajo, en el aprendizaje, en el deporte o cualquier otra esfera que requiera la aplicación de nuestra capacidad. La ley de Yerkes- Dodson (1908) recoge tres estados principales: desvinculación, flujo y sobrecarga. Cada uno de ellos tiene una influencia en nuestra capacidad de rendir al máximo: la desvinculación y sobrecarga dan al traste con nuestros esfuerzos, mientras el flujo les saca partido. En la siguiente figura se observa la ley de Yerkes- Dodson.

Figura No 33. Leyes de Yerkes-Dodson.



Fuente: Yerkes y Dodson (1908).

Es necesario precisar que no todo el estrés es malo. Hans Selye, el científico que presentó el concepto de estrés y salud, decía que *"el objetivo no es evitar el estrés, forma parte de nuestra vida, tratándose de un subproducto natural de todas nuestras actividades. Evitar el estrés no está más justificado que huir o evitar la comida, el ejercicio o el amor"*.

Expresándolo de manera muy sencilla, el estrés es la forma en que "el *cuerpo responde a las demandas de la vida*". A veces es posible que se responda exageradamente y en otras que no sea suficiente; es decir, no es necesario eliminar el estrés, lo que se requiere es manejarlo adecuadamente, gestionarlo con acierto.

La relación entre estrés y rendimiento, reflejada en la ley de Yerkes- Dodson, indica que el aburrimiento y desvinculación activan poca cantidad de hormonas del estrés por el eje ya mencionado y el rendimiento se resiente. Cuando nos sentimos más motivados, el estrés bueno nos sitúa en zona óptima, donde funcionamos en plenitud de condiciones. Si los problemas resultan excesivos y nos desbordan, entramos en la zona de agotamiento, donde los niveles de hormonas de estrés son demasiado elevados y nos entorpecen el rendimiento.

En muchas empresas abundan trabajos repletos de individuos estancados por falta de vinculación, de implicación: les aburre su cometido, no se sienten inspirados y carecen de interés. Los trabajadores vinculados son más productivos, ofrecen una mejor atención a clientes y resultan más leales a la empresa.

El estrés bueno suscita la vinculación, el entusiasmo y la motivación, y moviliza una cantidad adecuada de hormonas del estrés cortisol y adrenalina y junto con dopamina en cerebro sirven para hacer el trabajo con eficiencia.

Sin embargo, cuando las exigencias son tantas que no podemos gestionarlas, cuando la presión nos desborda, cuando tenemos demasiado que hacer y nos falta tiempo o apoyo, entramos en la zona de estrés malo. Todo esto provoca y afecta nuestra capacidad de trabajar bien, de innovar, de escuchar y hacer planes. Los niveles altos de hormonas en periodos prolongados provocan desequilibrios inmunitarios y nerviosos, somos propensos a sufrir enfermedades. El ritmo circadiano se transforma y dormimos mal.

Estar siempre abrumado puede dañar el hipocampo, que es determinante para el aprendizaje (ahí los recuerdos recientes pasan a la memoria de corto plazo). El hipocampo tiene una enorme cantidad de receptores de cortisol, de modo que nuestra capacidad de aprender es muy vulnerable al estrés. El exceso de cortisol puede provocar grandes pérdidas de la memoria, según se ha observado en afecciones clínicas como el trastorno de estrés postraumático y la depresión aguda. El aumento de cortisol puede aumentar la grasa corporal y provoca

resistencia a la acción de la insulina y por lo tanto promueve la diabetes Mellitus, cardiopatías y obstrucciones arteriales.

Variedades de la empatía.

Sánchez (2009) describe que la empatía es la capacidad de los sujetos para consentir, comprender e identificar las emociones de los otros.

Una actitud básica de la conciencia social es la empatía: percibir lo que piensan y sienten los demás sin que nos lo digan con palabras. Enviamos continuamente señales sobre nuestros sentimientos mediante el tono de voz, la expresión facial, los gestos y muchos otros canales no verbales. La capacidad de descifrarlas varía de persona a persona.

Hay tres clases de empatía: La primera es la cognitiva. Un jefe con buen nivel de empatía contagia a sus trabajadores y obtienen resultados mejores a los esperados.

La segunda clase: es la empatía emocional: te siento. Los que destacan en empatía emocional son buenos consejeros, profesores, responsables de la atención de clientes y jefes de grupo, gracias a esa capacidad de detectar en el momento las reacciones de los demás.

Y la tercera es la preocupación empática: noto que necesitas ayuda y estoy dispuesto a dártela espontáneamente. Estos son buenos ciudadanos de grupo o comunidad.

La empatía es el componente esencial de la compasión.

Por otro lado, Moya (2009) al describir las leyes de Thorndike plantea que además de la inteligencia social, existen también otros dos tipos de inteligencias: la abstracta –habilidad para manejar ideas- y la mecánica- habilidad para entender y manejar objetos. A continuación la descripción de esto.

Leyes de Thorndike:

-La "ley de efecto" dice que cuando una conexión entre un estímulo y respuesta es recompensado -retroalimentación positiva- la conexión se refuerza y cuando es castigado (retroalimentación negativa) la conexión se debilita. Posteriormente Thorndike revisó esta ley cuando descubrió que la recompensa negativa (el castigo) no necesariamente debilitaba la unión y que en alguna medida parecía tener consecuencias de placer en lugar de motivar el comportamiento.

-La "ley de ejercicio" sostiene que mientras más se practique una unión estímulo-respuesta mayor será la unión. Como en la ley de efecto, la ley de ejercicio también tuvo que ser actualizada cuando Thorndike encontró que en la práctica sin retroalimentación no necesariamente refuerza el rendimiento.

-La "ley de sin lectura": Debido a la estructura del sistema nervioso, ciertas unidades de conducción, en condiciones determinadas, están más dispuestas a conducir que otras.

Al respecto, Gardner (1983) afirma que con su teoría de las inteligencias múltiples se introdujo la idea de incluir tanto la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal. La Inteligencia Interpersonal Implica la capacidad de establecer relaciones con otras personas, y la Inteligencia Intrapersonal se refiere al conocimiento de uno mismo y todos los procesos relacionados, como autoconfianza y automotivación.

Inteligencia emocional y tipos.

Sin duda, Goleman (1999) señala y analiza en profundidad las implicaciones de la inteligencia emocional en el mundo laboral y en la vida de las organizaciones, y entre los temas centrales destacan la distinción entre habilidades fuertes y débiles, las primeras referidas a las capacidades analítica y la formación técnica, requerida en ocupaciones cualificadas, y las segundas referidas a la habilidades emocionales y sociales; la valoración de inteligencia emocional y sus habilidades asociadas, como criterio diferenciador entre los empleados estrella y otros, o el tema de la eficacia de la formación en inteligencia emocional y los requisitos para su éxito.

Así, inteligencia es algo deseable, de lo que uno se siente orgulloso y que se asocia a competencia, facilidad y logro. Y que emoción se relaciona con los sentimientos, la pasión, la libertad y la posibilidad de sentir y disfrutar, con lo más característico y lo más personal de uno mismo, con lo más vital, y lo más humano y sin ser patrimonio de unos pocos, al contrario, siendo quizás el aspecto más democrático e igualador.

Al respecto, Goleman (1999) y Madrigal (2009) plantean que la inteligencia emocional tiene dos tipos:

a. Inteligencia personal que contiene tres elementos como lo son la automotivación, la autoconciencia y el autocontrol. Todos estos elementos formarían parte de conócete tú mismo y entenderás a los demás.

b. La inteligencia interpersonal.- que incluye la empatía (percibir como se siente la gente), saber escuchar, entender y desarrollar la comunicación no verbal y la inteligencia social.

Medición de inteligencia emocional.

La mayor parte de las mediciones en medicina están encaminadas hacia la eficiencia de la productividad, aunque no necesariamente signifique que va de la mano con la mejora en la calidad de atención médica.

Hay diversos tipos de Test que miden la inteligencia emocional. En esta investigación se utiliza el del anexo 1.

Cada una de estas preguntas tiene una respuesta en la escala de Liker 0-4 puntos. Al final se suman los puntos y es el puntaje final

2.3.5 Fundamentos generales de la Gestión pública y liderazgo.

Concepto de gerencia y liderazgo.

La gerencia se ha definido "como un proceso de organización y empleo de recursos para lograr objetivos predeterminados". Por lo tanto, Drucker(1976) en su libro La Gerencia de Empresas, la describe como una institución básica y dominante, mientras la civilización occidental sobreviva. Añade, que la gerencia es la expresión de la creencia en la posibilidad de tener control sobre la subsistencia del hombre, mediante la organización sistemática de los recursos económicos.

La gestión es descrita por Martínez (2007) como:

-Dirigir, administrar los recursos, los conocimientos, conseguir objetivos o metas y analizar resultados para solucionar problemas.

- Coordinar y motivar a las personas que trabajan en una organización.

- Hacer el mejor uso de los recursos de que se dispone, asumiendo la responsabilidad de lo que se consume y de los resultados que se logren.

El contenido de la gestión de los centros hospitalarios ha ido cambiando con la epidemiología y las tecnologías, la escasez de recursos, así como el comportamiento de la población y sus enfermedades.

Se requiere pensar en curar algunas veces, ayudar a menudo, y consolar siempre.

En efecto, Barquín (1992) establece que el director de un hospital, desde su nombramiento, en una delicada misión de servicio público. Le corresponde encauzar los esfuerzos y recursos del organismo bajo su responsabilidad hacia el logro de las metas y los objetivos establecidos por la ley que lo crea.

Por lo tanto, Gilmore (1996) señala que ser director es algo cada día más desafiante, las habilidades recomendadas para que una persona se convierta en administrador hospitalario han variado en los últimos años puesto que no se ve la gerencia como tradicionalmente se hacía creyendo en un rango de planificación, análisis y dirección a mediano y largo plazo sino como algo imprevisible, fragmentado y a corto plazo, los cambios rápidos de las tecnologías han revolucionado el mundo del gerente, problemas complejos exigen atención y solución rápida, estos problemas también tienen su componente de novedad los cuales no desaparecen o resuelven por si solos, no se detectan y analizan fácilmente.

En tanto, Shortells (1995) refiere que las referencias básicas de un director son la misión, objetivos y responsabilidades del hospital que dirige, es un trabajo completo y desgastante que posee presiones a corto y largo plazo, se debe tener una visión global en un medio cambiante, la mayoría solo tiene contacto con la gestión cuando asume el puesto de administración por lo que llega sin preparación sistemática para el cargo y asume que su experiencia anterior y sentido común serán suficientes para el buen desempeño de su gestión hospitalaria,

Cuando se requiere un nuevo director o ejecutivo, es muy importante colocar a la persona idónea porque ella estará en el corazón de la organización. Sin embargo, Reyes (2004) ha documentado que un gerente o directivo que se conforme con hacer lo estrictamente necesario y normal, es menos valioso que otro que hace innovaciones, reformas, desarrolla y mejora la empresa.

Un reto que tendrá el nuevo director o gerente será conocer sus nuevas funciones y tendrá confusión de ellas y también de las jerarquías, además un director hospitalario carece con mucha frecuencia de conocimientos administrativos y de organización por lo que requerirá de un apoyo por un experto de ingeniería o en su tiempo capacitarse para ejercer con decoro sus nuevas actividades.

En efecto, Madrigal (2009) concluye que las habilidades de los directivos son las siguientes:

- a. Toma de decisiones.
- b. Solución de problemas.
- c. Pensamiento creativo y analítico.
- d. Comunicaciones y habilidades interpersonales.
- e. Autoconocimiento.
- f. Empatía.
- g. Manejo de las emociones y el estrés.

Sin duda, Gelinier (1975) sostiene que la habilidad para la toma de decisiones es una destreza básica para seguir los pasos del proceso de toma de decisiones racional, incluyendo el análisis de la situación y definición de objetos, así como la producción, evaluación y solución de alternativas. Esta es una habilidad elemental del directivo.

De otro modo, Malagón (1997) señala que cuando llega un nuevo directivo que tiene objetivos personales diferentes al puesto pero de todas maneras lo ha aceptado, necesariamente el directivo no va a cambiar. Sin duda, Manca (2007) afirma que todo gerente o directivo se mide por la capacidad de manejar las funciones gerenciales. En la medida que un gerente domine las funciones, sus resultados, con base a su gestión, serán mejores.

De acuerdo con lo anterior, Manca (2007) plantea en relación con ser un buen gerente, debemos ejercitar –entrenar- y desarrollar cuatro habilidades iniciales:

- A. El Autoconocimiento. Es decir, debe identificarse plenamente a sí mismo, reconocerse honestamente, ya que los líderes saben hacia donde van, lo que quieren y lo que no, es consciente de sus principios y valores propios, el desarrollo de esta habilidad le permite al líder actuar con convicción.
- B. Autogestión. Es el trabajar en sí mismo, en nuestras fortalezas, y en nuestras debilidades, mejorar nuestro desempeño, ser nuestro propio impulsor y motivador, incluso nuestro más severo crítico; proponerse retos, aprender a ser más exigentes con nosotros mismo antes que con los demás, el gerente debe ser capaz de controlar sus impulsos, y emociones, se reinventa incluso; pues recuerda siempre que tiene un rumbo trazado. El gerente que no es capaz de dirigirse a sí mismo, no podrá dirigir a nadie más.
- C. Conciencia social. Ser consciente significa tener conocimiento pleno para saberse parte de un todo, y percibirse a sí mismo dentro de un contexto. La conciencia social es la habilidad que le permite al gerente conceptualizarse como parte de un organismo y el estado de los demás; para permitirle entender la forma en cómo puede favorecer o perjudicar el desarrollo de las personas a su alrededor.

Un gerente con habilidad social, con conciencia de su impacto en el personal, sabe conectar el conocimiento, expectativas y objetivos de su gente con los

objetivos de la compañía, y es eso lo que le da una gran influencia sobre el factor humano.

D. Negociación. Un buen gerente debe saber que está negociando prácticamente todo el tiempo, pues sabe que necesita de otros para lograr objetivos, considerando personas que incluso esta fuera de su línea de mando, sin embargo esto no los excluye de su área de influencia, por eso debe saber y conducirse en un ánimo de ganar – ganar, siempre, sólo así conseguirá relaciones productivas de largo plazo.

El poder persuadir –inspirar- a participar en sus proyectos, a colaborar con el objetivo macro, debe ser una herramienta fundamental, incluso en el manejo de conflictos, pues debe ser capaz de ubicar los puntos e intereses comunes como base para construir relaciones productivas, superar el conflicto para centrarse en el bien común.

Ahora bien, el gerente -en formación o en función- debe también ejercer su gestión de forma situacional, adecuándose a los niveles de madurez tanto técnica como psicológica de su equipo, ya que uno de los principales errores es confundir el deseo con la necesidad del personal.

Por otro lado, Díaz (1994) infiere que el nuevo ejecutivo gubernamental confronta la tarea de familiarizarse, sobre la marcha, con el complejo mecanismo de una agencia, mientras simultáneamente atiende y decide problemas de diversa naturaleza. Esto es un proceso interesante, retador a la vez que difícil y a veces frustrante.

Por otra parte, Malagón (1997) sostiene que nuestros ejecutivos no disponen del tiempo y la orientación adecuada para acudir a los libros y a las fuentes de información sobre materias gerenciales para organizar y desarrollar sus esfuerzos de la manera más efectiva. Sabemos que no es sólo la cantidad de trabajo y de esfuerzo lo que determina la efectividad de los mismos, sino también la calidad, la forma racional, selectiva y estratégica en que se desarrollen para lograr los resultados deseados.

Por lo tanto Druker (1976) señala que los buenos gerentes o directores no sólo reaccionan a lo que acontece dentro y fuera de la agencia, sino que anticipan unos movimientos, ponen en marcha otros, ordenan y reordenan prioridades y recursos.

En una palabra, mantienen el adecuado control de la situación total en un clima receptivo y estimulante para sus colaboradores.

Goleman (1995) señala que un buen gerente debe conocerse y tener dominio sobre sí mismo, para poder resolver los conflictos que se le presenten con serenidad y objetividad. De igual forma, si quiere ser reconocido como líder por su grupo, debe saber escuchar e influir positivamente en los subalternos.

En síntesis, Madrigal (2009) concluye que las funciones de Liderazgo del Director son:

- a. Mantener funcionarios informados sobre el hospital -condiciones, operación etc.-.
- b. Estimular satisfacción por los éxitos alcanzados.
- c. Valorizar los manuales -reglas, descripciones-.
- d. Reconocer los buenos desempeños.
- e. Informar al personal los nuevos procedimientos, metas, políticas etc.
- f. Establecer mecanismos de retroalimentación sobre las reacciones, auditorias etc.

A un director se le paga por una sola razón: por su capacidad para llevar a cabo la toma de decisiones, mejor aún, si éstas son decisiones estratégicas. Por ello, debe tener por lo menos dos condiciones:

1. Manejo de la información. Hay ejecutivos que manejan adecuadamente la información que reciben o que ellos mismos solicitan, y llevan a la empresa de acuerdo con la misión, visión y objetivos que se ha trazado la organización. Sin embargo, también están los otros, los que no tienen información, los que no tienen un rumbo bien definido. Estos últimos son víctimas de las circunstancias, son resultado de las decisiones que otros están tomando por ellos.
2. Conocimientos. La teoría siempre va un paso delante de la práctica. De nada sirve que se envíe información al cuerpo directivo de una empresa si no saben cómo interpretarla. En ocasiones habría que preguntarse si no será la falta de conocimiento lo que impide al cuerpo directivo de la empresa tomar mejores decisiones.

Todo director que quiera responder a la dinámica del cambio mundial, que quiera estar a la par con la velocidad con que se renueva el conocimiento y que quiera

obtener resultados empresariales, debe estar dispuesto a aprender, aquellos directores que no lo hacen, viven en un mundo que ya no existe.

Los buenos directores no sólo reaccionan a lo que acontece dentro y fuera de la agencia, sino que anticipan unos movimientos, ponen en marcha otros, ordenan y reordenan prioridades y recursos. En una palabra, mantienen el adecuado control de la situación total en un clima receptivo y estimulante para sus colaboradores.

En el pasado prevaleció la idea de que la capacidad de tomar decisiones acertadas es un atributo o don natural que unos tienen y otros no y que solamente por la experiencia y la práctica el gerente desarrolla y evidencia dicha capacidad. Esa posición descansa en la tesis de que no hay un método formal para enseñar el arte de tomar o hacer decisiones correctas o acertadas; que cada ejecutivo debe concebir y desarrollar su propio método de cómo hacerlo.

En consecuencia, Banda (2012) señala que actualmente se ha avanzado en técnicas de gestión hospitalarias no obstante las múltiples especialidades médicas hacen que la coordinación entre sus diversas divisiones y servicios se torne complicada, debido a que normalmente existe información asimétrica y objetivos disyuntivos entre los diferentes empleados y los directivos. No obstante el director del hospital será el responsable de mantener entre los miembros del equipo la actitud y el profesionalismo que garantice una actitud médica adecuada, realizada con calidad técnica óptima, a tiempo y financieramente sostenible.

Sin duda, Banda (2012) afirma que la actividad hospitalaria ha dejado de ser monopolio de los profesionales médicos, en donde los diferentes aspectos administrativos eran poco relevantes, para dar paso a profesionales de muy diversas disciplinas preocupados en los recursos humanos, la logística, la administración, las finanzas y los diferentes aspectos de innovación tecnológica de la institución.

En la actualidad se ve claramente en los servicios médicos, la necesidad de contar con personal que gestione y coordine el talento humano y los diferentes recursos técnicos y materiales que han sido puestos a su disposición. Los médicos deben trabajar en equipo.

Los médicos actualmente siguen pautas, normas y protocolos admitidos voluntariamente, o por disposición oficial, sin que cambien la atención a los pacientes y todo esto en beneficio del hospital.

En el sector hospitalario encontramos a instituciones que pertenecen al sector público, que normalmente no tienen fines de lucro, y a las instituciones del sector privado, que normalmente sí persiguen fines de lucro. Tanto las instituciones públicas y privadas necesitan brindar servicios de calidad en forma eficiente y eficaz, ya que de lo contrario no podrán captar recursos necesarios para su supervivencia.

En México la mayor parte de la población usuaria de los servicios de salud es atendida en el servicio público por cualquiera de estas instituciones IMSS, ISSSTE y hospitales civiles o seguro popular. El porcentaje es mayor del 90 %. Todas estas instituciones públicas no son gratuitas. Todas tienen un financiamiento de fondos públicos (que provienen de pago de impuestos) o de cuotas que para tal efecto cubren los derechohabientes del servicio o por los seguros que se pagan. En el año 2010, el 27% de la población no contaba con acceso a ningún servicio de salud.

Sin duda, Gronroos (1984) afirma que existe un marco general para la gestión de calidad de los servicios que implica la interacción de 3 grupos de actores: los directivos, los empleados y los usuarios del servicio.

El nivel directivo es el responsable de establecer la política que debe seguirse, e implica el análisis de las demandas del mercado y de los requerimientos de calidad y marketing.

El nivel de los empleados deberán operar con estándares de calidad y actuación, pero finalmente son los usuarios quienes deciden si la calidad es aceptable o no.

Liderazgo y tipos de liderazgo.

Sin duda, Conger (2010) sostiene que hay tres clases de gerentes o directores:

- a. aquellos que hacen que las cosas pasen,
- b. aquellos que miran pasar las cosas y
- c. aquellos que ni se dan cuenta que están pasando cosas.

Estas son el autoritario, el democrático y el "laissez faire" o no direccional, son los mayormente usados en las empresas.

Al líder autoritario se le ha descrito como estilo directivo, centrado en la producción, paternalista, tradicional, o como liderato instrumental. El directivo autoritario puede alcanzar sus objetivos ejerciendo su autoridad en una forma más

o menos autocrática para obtener y distribuir los recursos. Establece, a través de un proceso racional-intelectual, el ambiente interno en el cual se desarrollará el trabajo y se alcanzarán los objetivos.

Por otro lado, al liderazgo democrático se le describe como participativo, centrado en los empleados y en los grupos decisionales, y es perceptivo a las demandas y expectativas de los núcleos de la clientela.

Y finalmente el último es anárquico y tiene la menor productividad. Pero al ponderar los estilos gerenciales en la administración pública, observamos que el estilo autoritario es el que ha predominado tradicionalmente por los requerimientos de la burocracia.

Por lo tanto, Conger (2010) señala que el líder democrático es mucho más eficaz que cualquier otro tipo para lograr un alto grado de satisfacción de los grupos de trabajo y una interacción más armoniosa y de mutuo apoyo. Estos estudios puntualizan que el directivo democrático no claudica sus funciones de líder al realizar sus funciones gerenciales en un ambiente participativo, abierto y de respaldo al personal. La eficacia del estilo democrático depende del tipo de organización, su naturaleza, estructura, la particularidad del trabajo que se realizan y de las actitudes que tenga el administrador con respecto al insumo que le proveen sus gerentes subordinados y del medio social, económico y político en que se desempeña (Cooper, 1998).

En consecuencia, Moreno (2010) afirma que la corriente seguidora del alemán Max Weber, considerado el fundador de la sociología moderna, distingue tres tipos de liderazgo que se refieren a otras tantas formas de autoridad: el líder carismático, al que sus seguidores le atribuyen condiciones y poderes superiores a los de otros dirigentes; el líder tradicional, que hereda el poder, ya sea por la costumbre de que ocupe un cargo destacado o porque pertenece a un grupo familiar que ha ostentado el poder desde hace mucho tiempo, y el líder legal, que asciende al poder por los métodos oficiales, ya sean las elecciones o votaciones, o porque demuestra su calidad de experto sobre los demás. Esta figura se reconoce comúnmente en el campo de la política y de la empresa privada.

Por otro lado, Gil (1990) cuestiona que ser director es algo cada día más desafiante, las habilidades recomendadas para que una persona se convierta en administrador hospitalario han variado en los últimos años puesto que no se ve la gerencia como tradicionalmente se hacía creyendo en un rango de planificación, análisis y dirección a mediano y largo plazo sino como algo imprevisible,

fragmentado y a corto plazo, los cambios rápidos de las tecnologías han revolucionado el mundo del gerente, problemas complejos exigen atención y solución rápida, estos problemas también tienen su componente de novedad los cuales no desaparecen o resuelven por si solos, no se detectan y analizan fácilmente.

2.3. 6. Fundamentos generales de la gestión directiva en el hospital.

Medición de la gestión directiva.

Actualmente no hay un test que mida el puntaje del desempeño directivo. Se tiene que crear y debe contener elementos como liderazgo, tipo de liderazgo, uso de misión y visión, toma de decisiones, uso de indicadores hospitalarios como mortalidad, morbilidad, día /cama ocupación de camas insumos faltantes y errores médicos.

Definición de indicadores de gestión hospitalaria.

Sin duda, Sánchez (1998) afirma que los indicadores de gestión hospitalaria, son un instrumento de cambio en la estructura de la institución y miden el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El ser humano está acostumbrado a medirlo todo: el tiempo, la temperatura, la distancia, los miligramos de cierto medicamento, los votos, el peso y talla de un niño, etcétera.

En el terreno de las empresas, los analistas financieros guían sus decisiones con base en ciertos indicadores para predecir cuándo podrían ocurrir variaciones significativas en los precios de las acciones. Existen, por tanto, personas entrenadas y calificadas, analistas y técnicos que se sirven del uso del índice, de modelos matemáticos y de criterios tales como los niveles de apoyo y la resistencia, para determinar así los cambios en las tendencias de los valores e incrementar sus utilidades.

Cualquier teoría de la administración termina por realizar sus medidas de desempeño mediante indicadores de gestión.

En el caso de la salud, vista ésta como una gerencia, también existen los denominados Indicadores de gestión hospitalaria, que orientan y traducen el estado de salud en que se encuentra la organización o centro hospitalario en observación. El estado de salud de un hospital puede ser medido en términos de recursos humanos, tecnológicos, materiales, financieros, etcétera; además, no sólo se puede medir a nivel de una unidad de salud, sino también a nivel macro.

Medición de indicadores hospitalarios.

Sin duda, Restuccia (1989) señala que los indicadores de gestión hospitalaria son un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; miden el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o largo plazo. Finalmente, vinculan sus resultados con la satisfacción de las demandas sociales.

Del mismo modo, Healthcare (1990) considera que cualquier teoría de la administración termina por realizar sus medidas de desempeño mediante indicadores de gestión.

Existen muchos indicadores de salud como: número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa de mortalidad hospitalaria, promedio de estancia hospitalaria, tasa ajustada de mortalidad hospitalaria, % de cesáreas realizadas en un periodo, etcétera.

En tanto, la cruzada nacional de calidad de salud concluye que varios indicadores en la estructura de las organizaciones: limpieza, suficiencia de insumos, suficiencia de recursos humanos, mantenimiento de equipos, mantenimiento del inmueble etc. En la estructura del sistema: unidades certificadas, personal certificado. En trato digno: tiempo de espera en urgencias, diferimiento quirúrgico, amabilidad del personal, consentimiento informado. Y en la atención médica efectiva: cesáreas, infecciones nosocomiales, errores de administración de medicamentos, complicaciones postquirúrgicas, muerte postoperatoria, mortalidad hospitalaria reingresos.

En este sentido, Sortells (1995) plantea conocer los estándares de desempeño. Son valores que se utilizan como referencia; en ellos, se debe de movilizar el indicador para saber si el proceso que se mide está controlado o no. Por ejemplo, el estándar de ocupación hospitalaria debe ser de 80 a 85% y si nuestro indicador

se localiza fuera de este rango de ocupación, entonces traduce deficiente funcionalidad hospitalaria, ya sea por capacidad instalada de sobra (subutilización de recursos) cuando está por debajo del 80%, reflejando pérdida de las utilidades; o bien, se replantea la necesidad de crecimiento en instalaciones cuando se encuentra por arriba del estándar, indicando la necesidad de crecimiento.

Los indicadores:

- Miden un resultado, lo compara con una norma de referencia, y evalúa al responsable correspondiente
- Son instrumentos de medida sobre la actuación de los responsables de las operaciones
- Punto de referencia para saber si el nivel de desempeño es mejor, igual o peor que el nivel ideal u óptimo.

En cambio, el IMSS (1997) difiere porque un estudio de la eficiencia en el desempeño de las actividades de un hospital no puede valorar de igual manera cada uno de los indicadores estudiados. En otras palabras, a menudo se realizan índices de eficiencia de cada indicador, pero rara vez se repara en la importancia primordial de unos y en la secundaria de otros. Para realizar un verdadero análisis de la gestión de un hospital es necesario distinguir entre indicadores de orden prioritario y otros de orden secundario, haciendo valer la relevancia de los primeros en el estudio de la gestión. Al valorar a los indicadores dan de manera conjunta, una idea global del funcionamiento del hospital en cada sector, y son los siguientes indicadores:

- 1.- Recursos económicos Existentes al comienzo y final del año.
- 2.- Ingresos de Pacientes.
- 3.- Altas Médicas.
- 4.- Defunciones o mortalidad. 10 enfermedades más frecuentes o Morbilidad.
- 5.- Capacidad Actual de número de camas y por servicio.
- 7.- Porcentaje de Ocupación.
- 8.- Promedio de Estadía.
- 9.- Consulta Externa consultas por año.
- 10- Emergencia ingresos por año.
- 11- Promedio Consulta Externa.
- 12- Promedio Emergencia.
- 13- Número de cirugías por año. Las 10 más frecuentes.
- 14- Número de partos y cesáreas al año.
15. Fechas de mantenimiento de equipo médico.
- 16.– Insumos de laboratorio faltantes (nombres de 10 frecuentes).
- 17.– 10 medicamentos faltantes cada año por 3 años.

Indicadores de servicios médicos.

En ese sentido, Banda (2012) señala que la asimetría de la información de los servicios médicos es una característica del mercado de servicios de salud de México.

Dicha asimetría se manifiesta tanto en los usuarios , que carecen de información para juzgar la calidad de los servicios que reciben por parte de los médicos, lo que disminuye su capacidad de elección; y los directivos de los hospitales, que poseen información limitada para dinamizar los procesos necesarios para garantizar la calidad de los servicios médicos que ofrecen.

Dotar a los directivos con información financiera oportuna, relevante y confiable sobre los servicios médicos se constituye un elemento esencial para la consolidación de la atención médica en los diferentes sistemas de salud existentes.

En México se ha hecho evidente una gran crisis funcional y financiera en el sistema de salud, lo que tiene repercusiones en la atención médica.

Para evaluar el funcionamiento de un hospital se requiere investigar varios elementos que son:

- a. Infraestructura.- Se investigan la calidad de las instalaciones físicas tales: equipo, edificios, distribución, salas de espera, quirófanos ambulancia, farmacia bancos de sangre rayos X etc.
- b. Calidad de personal.- Cuidado proporcionado por médicos, enfermeras y personal paramédico.
- c. Procesos clínicos.- la experiencia del paciente con los procesos clínicos (procesos de tratamiento y resultados de cuidado).
- d. Procedimientos administrativos.- la experiencia del paciente con procedimientos administrativos (admisión, proceso y alta).
- e. Indicadores de seguridad.- percepción del paciente sobre las medidas de seguridad tomas en diferentes etapas de su estancia, alergia a medicamentos, higiene mantenida por personal, rampas para sillas de ruedas etc.
- f. Experiencia global con el cuidado médico recibido experiencia del paciente con el hospital como un todo y compararlo con otros hospitales.

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLÓGICO.

3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO METODOLÓGICO.

La investigación parte de la problemática existente en la dirección y gestión de los Hospitales del sector Salud. Sobre esta situación presenta planteamientos teóricos y experiencias sobre el tema, con el propósito de solucionar dicha problemática al buscar y encontrar un directivo con inteligencia emocional normal o alta esto facilitará la calidad, mejora continua y competitividad de los servicios médicos. Siendo este el proceso de toda investigación tal lo establece (Stoner,2000).

Este trabajo, describirá la correlación de un directivo con inteligencia emocional y su desempeño directivo en hospitales públicos del sector salud.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

La investigación a realizar será del nivel descriptiva-explicativa-correlacional, por cuanto se describirá la problemática de liderazgo en los hospitales del Sector Salud; explicará la correlación de su inteligencia emocional con su desempeño de director.

En esta investigación se utilizará los siguientes métodos:

- 1) Descriptivo.- Por cuanto se especificará todo el marco teórico de los directores de hospitales del Sector Salud; su desempeño de liderazgo y actividades administrativas.
- 2) Inductivo.- Para inferir la información de la muestra en la población y determinar las conclusiones que la investigación amerita. Se inferirá la información sobre la correlación r de Pearson de las variables numéricas escalares inteligencia emocional de los directivos y su desempeño directivo, Estas dos variables contabilizadas con puntaje utilizando escala de Liker. Se correlacionarán en gráficas de dispersión y regresión lineal.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño es el plan o estrategia que se desarrollará para obtener la información que se requiere en la investigación. El diseño que se aplicará, será no experimental, transeccional o transversal, descriptivo, correlacional-causal.

El diseño no Experimental se define como la investigación que se realizará sin manipular deliberadamente variables. En este diseño se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. El diseño de investigación transversal que se aplicará consiste en la recolección de datos. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

El diseño descriptivo que se aplicará en el trabajo, tiene como objetivo indagar la frecuencia y los valores en que se manifiestan las variables de la investigación como son la edad, sexo, tiempo de permanencia, cursos de preparación, tipo de liderazgo, etc.

El diseño de investigación correlativo que se aplicará, servirá para relacionar entre las variables Inteligencia Emocional y desempeño directivo buscando que la correlación r sea mayor de 0.64 y una r^2 mayor de 0.40. Además se realizará regresión lineal con significación estadística. A través de este tipo de diseño se asocian los elementos de la investigación.

La dirección y gestión efectivas, tendrá consecuencias positivas para el funcionamiento de los Hospitales del Sector Salud. Entre las consecuencias positivas, el descubrir un buen director que tenga una inteligencia emocional normal o alta y que dé como resultado un desempeño con eficiencia, economía, transparencia y efectividad en el uso de los recursos y el fin supremo será la calidad, mejora continua y competitividad de los servicios médicos para la población demandante permitirá en el futuro buscar a los próximos candidatos a ser director mediante un test la inteligencia emocional normal o alta como rasgo importante en su perfil.

3.4. IMPORTANCIA DEL TRABAJO.

Este trabajo es importante porque permite aplicar el método científico para solucionar los problemas institucionales.

También porque permite seguir la huella de los paradigmas actuales y de futuro como el liderazgo y desempeño directivo en los diversos hospitales de México.

Es importante también, porque permitirá plasmar los conocimientos y experiencias en materia de dirección y gestión.

El realizar un trabajo a nivel nacional sobre el liderazgo de los directores de diferentes hospitales públicos, permitirá conocer las semejanzas y diferencias de la gestión y aspectos administrativos de los hospitales. Además se conocerán las amenazas y fortalezas en cada una de esas regiones que servirán como retroalimentación para solucionar muchas problemáticas existentes y que algunas tienen solución aunque existan carencias económicas importantes.

Si la inteligencia emocional normal o alta es un elemento indispensable en el liderazgo del director hospitalario, se promoverán cursos de actualización a todos los directivos del país para actualizarse e iniciar una nueva época en el liderazgo hospitalario.

Por el momento no se conoce un test para medir el desempeño directivo en los hospitales. En esa evaluación del director se tiene que indagar el tipo de liderazgo que ejerce, si utiliza los indicadores hospitalarios en sus planes estratégicos y en la prioridad de los servicios médicos y cuáles son los errores médicos más frecuentes y porqué se escasean los medicamentos y cuáles de ellos son un problema en la atención médica además los problemas con los recursos humanos, el uso de la misión y visión en su actividad diaria y diversos aspectos administrativos.

Por último, otro aprendizaje interesante es conocer si es fácil o difícil realizar entrevistas a los directivos en sus hospitales respectivos.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Hay un total aproximado de 780 hospitales en el país y de esos 110 corresponden a unidades de más de 100 camas en la república Mexicana.

Se investigaron 2 o 3 directivos Director, subdirector médico o jefe de servicio de varios hospitales de la república Mexicana.

3.6. INSTRUMENTOS.

En el trabajo de investigación se realizarán entrevista, encuesta y llenado de cuestionarios al director, subdirectores médicos y O jefes de servicio.

El tipo de estudio es descriptivo y el diseño sugerido para el presente protocolo es: No experimental, es más apropiado para trabajar con las investigaciones de carácter social; de esta manera más específica se trabajara con el tipo transversal, ya que este instrumento se aplica en un solo momento.

La metodología que sé que se seguirá en este protocolo es la correlacional, ya que esta permite medir o ver la relación que hay entre dos o más variables, pero principalmente analizar cómo se da la correlación. La correlación por estudiar es r y r cuadrado con una regresión lineal entre las variables inteligencia emocional y desempeño directivo.

El diseño de la investigación es observacional descriptiva, correlacional entre el nivel de inteligencia emocional y su desempeño como director hospitalario mediante dos test. El test de inteligencia emocional ya tiene validez interna y externa, además que la integran un total de 20 preguntas con respuestas en escala de Liker del 0 al 4, con un rango final de puntuación que va desde 0 a 80 puntos.

El test de gestión directiva de nueva creación tiene 40 preguntas con respuestas de escala de Liker con respuestas de 0-3 con un rango de 0 a 120 puntos. La llenada de estos test debe ser completa en todas las respuestas. Todos estos datos recogidos son confidenciales. La toma de datos es en un solo tiempo. Hernández (2009).

Los test que se utilizarán para medir por puntuación la inteligencia emocional y el gestión directiva están en los anexos 1 Y 2:

Cada una de estas preguntas tiene una respuesta en la escala de Liker 0-4 puntos en el primero y de 0 a 3 en el segundo. Al final se suman los puntos y es el puntaje final.

Además en el test del desempeño directivo varias de las preguntas pueden formular nuevas variables de estudio como lo son: liderazgo, administración, recursos humanos e infraestructura.

3.7. MÉTODOS Y TÉCNICAS.

MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Al azar se estudiarán por varios hospitales del país, con un predominio en la ciudad de México, y los restantes al azar en diversas partes del país. Los hospitales serán públicos. Se estudiarán 20 hospitales y 50 directivos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

-Hospitales que tengan a director subdirector y o jefes de servicio en función activa.

-Directores subdirectores y o jefes de servicios que realicen los test de inteligencia emocional y desempeño directivo.

-Directivos que acepten la entrevista, encuesta y cuestionarios.

Se pueden excluir hospitales o directivos con documentos incompletos que no cubrieron todas las variables en estudio.

Se pueden excluir hospitales con menos de 100 camas o que no tengan las 4 especialidades médicas básicas.

3.8. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

DEFINICIONES OPERACIONALES.

-Inteligencia emocional.

La variable inteligencia emocional será investigada por medio de un test que a continuación se anexa. El resultado de las puntuaciones se contempla entre 0 a 80 puntos.

resp Test: 0 En total Desacuerdo 1 en desacuerdo 2 neutro 3. De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4
1.Me gusta plantearme metas desafiantes que se que puedo alcanzar.					
2.Cuando alguien me cuenta un problema, lo escucho atentamente.					
3.Se perfectamente cuales son muy puntos fuertes y débiles.					
4.Aun bajo presión, soy capaz de concentrarme y pensar con claridad.					
5.Nunca pierdo el control.					
6.Cuando tengo problemas, los afronto y busco soluciones.					
7.Me considero una persona con bastante capacidad de liderazgo.					
8.Soy bastante persistente en mis objetivos.					
9.Se decir no cuando no estoy de acuerdo con algo.					
10.Aunque no comparta la opinión de otra persona, se ponerme en su lugar y entender su punto de vista.					
11.En los momentos críticos suelo conservar la calma.					
12.Siempre se lo que siento y por qué.					
13.Soy una persona con gran capacidad para trabajar en equipo.					
14.Soy capaz de comprender los sentimientos de los demás.					
15.En una discusión prefiero escuchar y esperar a que el otro se calme.					
16.Por lo regular, no me siento nervioso sin motivo.					
17.Trabajar cómodo y en un buen ambiente es tan importante como el salario.					
18.Cuando cometo un error, no me cuesta admitirlo.					
19.Si mis amigos bromean a mi costa, me río y continúo la broma.					
20.No me hundo con facilidad aunque me hagan una crítica negativa.					

-Gestión directiva.

La variable gestión directiva es investigada por medio de otro test que a continuación se anexa. El desempeño directivo tiene una puntuación de 0 a 120 puntos.

Nombre de la empresa o institución:

Nombre del Hospital:

Ciudad:

Fecha:

Responsivo (1. Director 2. Subdirector 3. Jefe servicio)

Período de (1. 3SA 2. 1º/3º/5 3. 3º/7 4. Otro)

Indice de Test con X, D. Totalmente en desacuerdo 1. en desacuerdo 2. de acuerdo 3. Totalmente de acuerdo

Variable	Pregunta	0	1	2	3	4	5	Total
111	Como director conozco los desempeños de equipos y falta de recursos.							
112	Examina la calidad de instalaciones, equipos y salas de espera.							Total
113	Evalúo la higiene de camas, sillas y ambulancias.							1 x 10
114	Los cuartos de pacientes son silenciosos, confortables y limpios.							2 x 10
115	Hay servicios de ambulancia y banco de sangre disponibles.							
116	Has conseguido desde la dirección equipo médico para el hospital.							
117	El director, subdirectores y jefes de servicio trabajan en equipo.							
118	Como director comparto ideas con colaboradores y juntos toman decisiones.							
119	Como director eres autoritario para mostrar respeto.							
120	Como director tienes objetivos, fechas por cumplir y riesgos calculados.							
121	Como director tienes muchas diferencias con trabajadores, sindicato y usuarios.							
122	Utilizas tus reportes de mortalidad y morbilidad para planear necesidades.							Total
123	Tus conflictos son claros y de poca o nula deficiencia.							1 x 10
124	Sabes guiar, motivar y coordinar a las juntas de trabajo.							2 x 10-32
125	Tienes áreas abundantes y nutrientes no dologables.							3 x 10
126	120 influyas en la toma de decisiones, soluciones problemas y supervisas.							
127	121 Hay excelencia hospitalaria.							
128	122 Has receptor y amplicio sobre todo para escuchar quejas y reclamaciones.							
129	123 Has ambientes, calmado por un alta necesidad de fuego.							
130	124 Conoces las 5 enfermedades mas frecuentes en consulta, hospital y emergencias.							
131	125 Conoces las 5 enfermedades mas frecuentes que causan demandas médicas.							
132	126 Conoces las 4 medicamentos que se agotan y su causa.							
133	127 Hay amabilidad del personal en el hospital.							Total
134	128 Conoces la productividad y ausentismo del recurso humano.							1 x 10
135	129 Al personal lo tratas con dignidad, vas, reconocimiento y reconoces su valor.							2 x 10
136	130 Hay suficiencia de recursos humanos.							
137	131 Se termina el presupuesto anual en octubre.							2 x 10
138	132 Hay desarrollo continuo.							
139	133 Evalúo la calidad del personal médico y enfermería del hospital.							
140	134 Utilizas las normas institucionales y aplicas a tu personal.							
141	135 Realizas algún curso de administración o dirección de hospitales.							
142	136 Mantgo productividad, calidad, satisfacción y consentimiento del usuario.							
143	137 Conoces la misión, visión y valores de personas que lo rodean.							Total
144	138 Los pacientes reciben información clara del médico por su enfermedad.							1 x 10
145	139 Cuando hay un error en el personal defiendo a los usuarios.							2 x 10-24
146	140 Hay sistema de reconocimiento de quejas.							3 x 10
147	141 Evalúo los procedimientos administrativos de ingreso y egreso de pacientes.							
148	142 Se entrega de resultados de laboratorio Rx y patologías en menor a 10 días.							
149	143 La farmacia cuenta con mas 80% de los medicamentos.							
150	144 Evalúo rangos de mortalidad e infecciones hospitalarias.							

Estas dos variables por medio de estos test son llenadas por la persona que hace la entrevista a los directivos hospitalarios y se evaluarán con pacientes de consulta externa para dar validez. En esos test cada una de las variables estudiadas tendrán una calificación puntual con escala de Likert y esos puntos al final son anotados. Cada uno de estos test tendrá una puntuación final.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

-Inteligencia Emocional.

VARIABLE DEPENDIENTE.

-Gestión Directiva.

Además de variables como edad, sexo, meses de desempeño directivo, lugar del hospital si tienen características políticas.

A partir de estos test se pueden crear nuevas variables de liderazgo, acción administrativa, recursos humanos, infraestructura.

Se estudian nuevas variables del test de desempeño directivo.

- A. Liderazgo (16) preguntas: En una sección especial las preguntas tendrán L. Estas preguntas tendrán una nueva valoración la puntuación más alta corresponde a liderazgo democrático de 33 a 48 puntos, la intermedia al autoritario con 17 a 32 puntos y la menor a dejar hacer con 0 a 16 puntos.
- B. Administración. (12) preguntas: En esta sección las variables tendrán una A. la puntuación será ausente con 0 a 12 puntos, regular de 13 a 24 puntos y buen administrador con 25 a 36 puntos.
- C. Infraestructura. (6) preguntas: las variables tendrán una (i). La puntuación mayor buena vigilancia de la infraestructura con 10 a 18 puntos y la menor con mala vigilancia de la infraestructura con 0 a 9 puntos.
- D. Recursos Humanos. (6) preguntas: esta variable tendrá una R. los resultados serán mala vigilancia de recursos humanos con 0 a 9 puntos y buena vigilancia de ellos con 10 a 18 puntos.

El resultado de estos nuevos valores, darán puntuaciones al tipo de liderazgo que ejerce cada directivo. Con esa nueva puntuación tendremos 4 tipos de directivos:

- a. Ausente gestión directiva con 0 a 30 puntos.
- b. Regular gestión directiva con 31 a 60 puntos.
- c. Buena gestión directiva de 61 a 90 puntos.
- d. Excelente gestión directiva con 91 a 120 puntos.

Todas estas variables serán registradas en bases de datos Excel y más tarde evaluadas con el programa estadístico SPSS donde se conocerán los valores de la correlación r y r cuadrado y otras variables de estudio.

3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS.

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se elaboró un cuestionario y un test que permite obtener información acerca de las características que nos interesan de variables tales como: inteligencia emocional, y otro para medir el desempeño del directivo. Todos estos datos se vaciaron a una base de datos creada en Excel o SPSS.

Todos estos datos se procesaron dependiendo si la variable es escalar se buscará la media, mediana moda, rango, kurtosis, asimetría, desviación estándar. Se harán inferencias con F. Diferencia de medias.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Reagan para determinar la correlación entre inteligencia emocional y la gestión directiva. Además de la correlación r , r cuadrada, gráfica dispersión de puntos con tendencia central. Con edad y meses de desempeño se realizarán histogramas.

Se aplicó ANOVA para comprobar los promedios de directivos por dependencia de salud, entre directores, subdirectores y jefes de servicio. Y el lugar geográfico del hospital dividido en norte centro y sur.

Si las variables fueron cualitativas se investigó moda frecuencia, X cuadrada. Se realizaron gráficas de barras o de pastel.

3.10. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.

Se realizaron entrevistas directas con los directores, subdirectores y jefes de servicio de diversos hospitales del país. La entrevista fue personal y se le preguntó sobre los test. En ningún caso se dejaron los test para uno o dos días después porque falseaban los datos o se perdían los cuestionarios. Un vez terminado estos registros se revisaron estos datos con trabajadores de la institución con los pacientes y familiares e inclusive con los taxistas y trabajadores del aseo.

Todos los test fueron revisados de que estuvieran completos para corregir el dato faltante en ese momento.

-Los datos recopilados de los dos test fueron ingresados en una base de datos en programa de software SPSS. A cada variable se tiene valor escalar numérico y cada test tendría una puntuación final. Con esto se logra un mejor procesamiento de datos en los resultados estadísticos.

Se procesaron con la estadística descriptiva para identificar la media, mediana, moda desviación estándar, varianza kurtosis y asimetría de los dos test para

identificar algún sesgo de la muestra y corregirlo. Más tarde se realiza estadística inferencial y nos interesa la correlación entre estas dos variables y que esta sea fuerte mayor 0.60 en la correlación r de Pearson. Y luego ver su significación estadística.

Además se registraron variables como edad, sexo, meses de antigüedad, cursos de administración, si tiene aptitudes políticas o no. Si la entrevista fue fácil o difícil. El cuestionario de puntuación de inteligencia emocional con 20 preguntas y rango de respuestas de 0 a 80 puntos no sufrió modificaciones a todo lo largo de la investigación.

En cambio el cuestionario de gestión directiva sufrió tres modificaciones importantes en etapas iniciales de la investigación. El primer intento fue de 75 preguntas con validez de 0 a 1 punto y con rango de 0 a 75 puntos. Al aplicarlo a dos directivos ellos señalaron algunas preguntas repetitivas y el desconocimiento de la respuesta en 5 de ellas. Además se utilizaba 40 minutos en contestarlo y distraía su labor cotidiana.

En el segundo intento se redujo a 65 preguntas las cuales fueron descritas en este documento, esto provocaba un gasto de tiempo de 30 minutos y todas las preguntas estaban desordenadas, de tal manera que si se buscara el liderazgo era un problema para clasificarlas. En el test de desempeño directivo la pregunta no 36 fue difícil de contestar en el 70 % de los encuestados porque desconocían el dato de costo día-cama y no sabían cómo sacarlo, por lo que esta pregunta fue desechada y en el resultado final solo se contabilizaron 64 preguntas con puntuación sobre de ellas.

Algunos de los participantes, señaló que faltaban dos preguntas importantes como si había enseñanza hospitalaria y la vigilancia al ingreso de familiares al hospital. Todo esto provocó una reestructuración del cuestionario. En el nuevo test se hicieron 40 preguntas 6 de las cuales correspondían a supervisión de la infraestructura y fueron abreviadas con (I), 16 preguntas correspondieron al liderazgo se abreviaron con (L); posteriormente siguieron 6 sobre la supervisión de los recursos humanos del hospital y se abreviaron con (R) y finalmente 12 preguntas estuvieron asociadas con la función administrativa del dirigente y fueron abreviadas con (A).

Las respuestas a cada una de estas preguntas tenían una puntuación en total desacuerdo 0 puntos, en desacuerdo 1 punto, de acuerdo 2 puntos y total acuerdo 3 puntos. 6 de las 40 preguntas tenían respuestas a la inversa en donde el valor más alto 3 corresponde a 0 puntos y el 0 a 3 puntos.

La puntuación del desempeño directivo tiene un rango de puntuación de 0 a 120 puntos, correspondiendo los valores cercanos al 0 con desempeño deficiente y los cercanos al 120 con desempeño excelente.

Además se hizo otra puntuación las respuestas en total desacuerdo y desacuerdo corresponden al no y tienen 0 puntos y las respuestas de acuerdo y total acuerdo corresponde a un sí y tienen 1 punto. Con estos últimos resultados se puede tener un porcentaje de aceptación de la pregunta en cuestión.

Al dividir en estas cuatro áreas el desempeño directivo: infraestructura, liderazgo, recursos humanos y función administrativa; cada uno de estos se puede subclassificar en:

- a. Infraestructura: 1. Bajo menos de 9 puntos 2. Alto más 10 puntos.
- b. Liderazgo: 1. Dejar hacer menos de 16 puntos 2. Autoritario 17-32 puntos. 3. Democrático mayor 33 puntos.
- c. Recursos humanos: 1. Bajo menos 9 puntos 2. Alto más 10 puntos.
- d. Administración: 1. malo menos 12 puntos 2. Regular 13-24 puntos 3. Bueno arriba 25 puntos.

Otro de los puntos del trabajo de investigación tratar de identificar cuáles y quienes eran dirigentes políticos y cuáles eran las variables que más se identificaban con ellas, al identificarlos cual era el promedio de su inteligencia emocional.

Otro punto de investigación los meses de ejercicio y el sexo de los dirigentes.

Al tener las puntuaciones finales de la gestión directiva con valor máximo de 120 puntos, estos podían clasificarse en: 1. Malos con puntuación menor a 30 puntos, 2. Regulares de 31 a 60 puntos 3. Buenos de 61-90 puntos y 4. Excelentes con puntuación por arriba de 91.

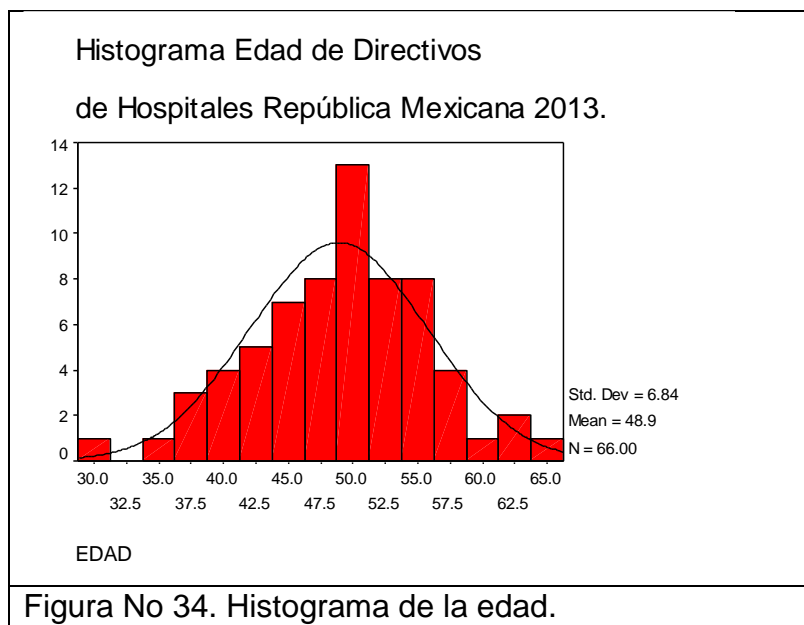
Ya como resultado final realizar la correlación r y r^2 entre la variable independiente puntuación de inteligencia emocional y puntuación de desempeño directivo. Si el resultado es cercano a 0 no hay correlación entre las variables; si el resultado es 0.20 a 0.40 la correlación es pobre, entre 0.41 a 0.60 es regular, del 0.61 al 0.70 es buena, en cambio sí es arriba del 0.75 al 1.00 el resultado es excelente y la correlación es magnífica.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. RESULTADOS OBTENIDOS.

Se realizaron la captura de los dos test en 66 directivos de 30 hospitales de diversas regiones del país, abarcando el sur, centro y norte del país. Correspondiendo a 16 ciudades de México y a 14 estados de la república mexicana. Todos los hospitales estudiados tenían más de 100 camas con las 4 especialidades básicas. 12 de ellos fueron de alta especialidad. Las dependencias estudiadas fueron Secretaría de Salud y asistencia 35 (53 %) IMSS 16 (24.3 %) ISSSTE 12 (18.2 %) y particulares 3 (4.5 %).

Los resultados generales fueron: la edad con un rango de 34 a 65 años con promedio de 48.9 años moda 49 y mediana de 49. Figura No 34 histograma de edad.

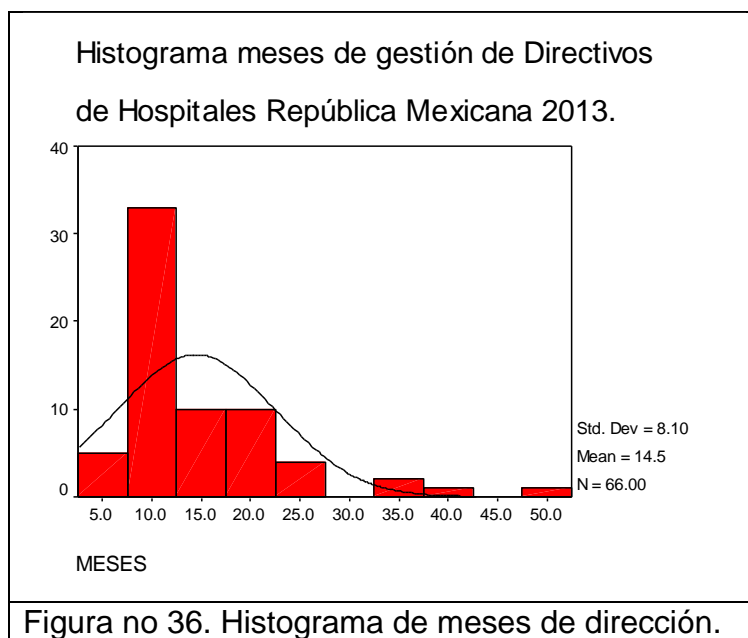


Los diferentes directivos con el promedio de desempeño directivo se ven en la figura no 35. No hay diferencias estadísticas significativas. Pero los subdirectores presentaron menor promedio.

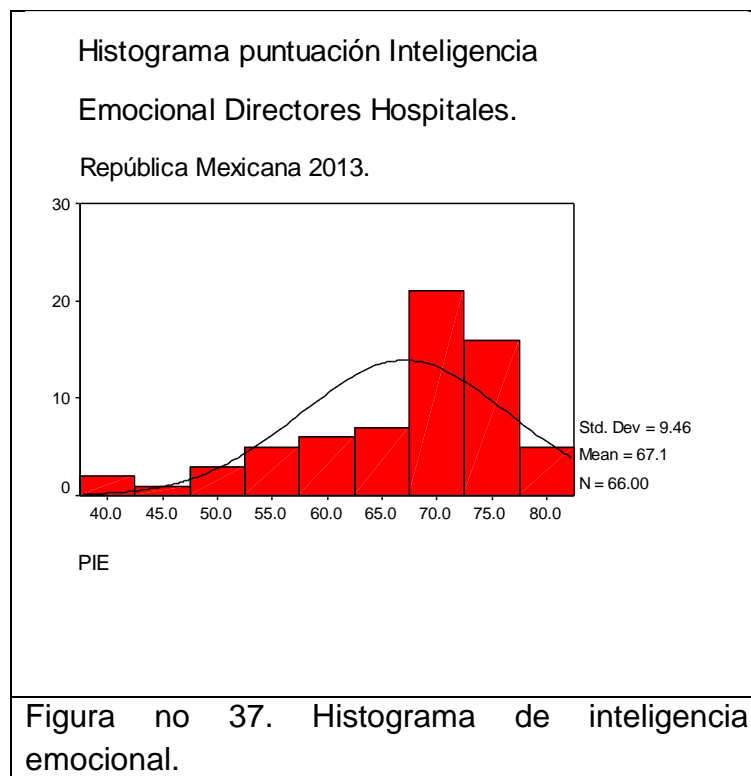
DIRECTIVO	promedio	Número	Desv Estándar
director	73.9706	17	20.1228
subdirector	63.2	17	18.9184
jefe de servicio	79.8889	27	25.219
Total	73.5885	61	22.9674

Figura No 35. Diferencias de promedios entre los directivos.

Los meses de desempeño directivo tuvieron un promedio de 14 meses con mediana de 12 y moda de 10 meses. En la figura No 36 hay histograma de meses.



La captura de los datos en el test de inteligencia emocional no hubo problema y fueron llenados satisfactoriamente. El resultados de este son los siguientes datos: El rango de respuestas fue de 0 a 80 puntos. El promedio fue 67.1 con desviación estándar (DS) de 9.6 mediana 70 y moda 70. En la figura No 37 se agrega el histograma.



La curva de inteligencia emocional con desviación a la derecha. Esto significa que grupo importante de directivos tiene la inteligencia emocional elevada.

Las variables de los directivos en cuanto a edad, sexo. El promedio de edad fue 49 años con mediana de 49 años. El sexo masculino predominó en 57 casos con un 94.3% .

Los resultados en aspectos generales de la gestión directiva en forma del sí y no fueron los siguientes: figura no 38.

No	Variable	Pregunta	%
1	I1	Como director conoces los desperfectos de equipos y falta de insumos.	62
2	I2	Examino la calidad de instalaciones, equipos y salas de espera.	47
3	I3	Evalúo la higiene de camas, rampas, sillas y ambulancias.	48
4	I4	Los cuartos de pacientes son silenciosas, confortables y limpias	64
5	I5	Hay servicios de ambulancia y banco de sangre disponibles.	67
6	I6	Has conseguido desde la dirección equipo moderno para el hospital.	52
7	L1	El director, subdirectores y jefes de servicio trabajan en equipo.	58
8	L2	Como director compartes ideas con colaboradores y juntos toman decisiones	58
9	L3	Como director eres autoritario para mostrar respeto.	53
10	L4	Como director tienes objetivos, fechas por cumplir y riesgos calculados.	64

11	L5	Como director tienes muchas diferencias con trabajadores, sindicato y usuarios.	48
12	L6	Utilizas tus reportes de mortalidad y morbilidad para planear necesidades.	39
13	L7	Tus conflictos son chismes y desempeño deficiente.	52
14	L8	Sabes guiar, motivar y coordinar en las juntas de trabajo.	56
15	L9	Tienes tareas abundantes y rutinarias no delegables.	68
16	L10	Influyes en la toma de decisiones, solucionas problemas y supervisas	56
17	L11	Hay enseñanza hospitalaria	44
18	L12	Eres receptor y empático sobre todo para escuchar quejas y reclamaciones.	80
19	L13	Eres ambicioso, estimulado por un alta necesidad del logro.	94
20	L14	Conoces las 3 enfermedades más frecuentes en consulta, hospital y emergencias.	91
21	L15	Conoces los 3 errores médicos más frecuentes que causan demandas médicas.	50
22	L16	Conoces los 4 medicamentos que se agotan y su causa.	33
23	R1	El personal administrativo es amable y cortés.	82
24	R2	Conoces la productividad y ausentismo del recurso humano.	58
25	R3	Al personal lo tratas con dignidad, usas retroalimentación y reconoces su valor.	61
26	R4	Hay suficiencia de recursos humanos.	41
27	R5	Se termina el presupuesto anual en octubre.	64
28	R6	Hay diferimiento quirúrgico.	44
29	A1	Evalúas la calidad del personal médico y enfermería del hospital.	64
30	A2	Utilizas las normas institucionales y capacitas a tu personal.	54
31	A3	Realizaste algún curso de administración o dirección de hospitales.	52
32	A4	Manejas productividad, calidad y satisfacción del usuario.	80
33	A5	Conoces la misión, visión y nombres de personas que te rodean.	67
34	A6	Los pacientes reciben información clara del médico por su enfermedad.	62
35	A7	Cuando hay un error en el personal defiendes a los usuarios.	82
36	A8	Hay sistema de retroalimentación de quejas.	53
37	A9	Evalúas los procedimientos administrativos de ingreso y egreso de pacientes.	38
38	A10	La entrega de resultados de laboratorio Rx y patología es menor a 10 días.	17
39	A11	La farmacia cuenta con más 80 % de los medicamentos.	30
40	A12	Evalúo reingresos, mortalidad e infecciones hospitalarias	32

En cuanto a la gestión directiva por supervisión de la infraestructura el resultado se ve en la figura no 39.

	Vigilancia de Infraestructura		
Tipo directivo	ausente	presente	Total
Director	7	12	19
Subdirector	11	8	19
Jefe de servicio	13	15	28
total	31	35	66

Figura No 39. Tabulación cruzada entre directivos y tipo de infraestructura. X2: 1.6 p: 0.4

No hay diferencias entre el tipo de directivo y su supervisión por la infraestructura hospitalaria.

El resultado del directivo por el tipo de liderazgo se ve en la figura no 40.

	Tipo de líder			
Tipo directivo	Dejar hacer	Autoritario	Democrático	Total
Director	2	9	8	19
Subdirector	2	15	2	19
Jefe de servicio	3	16	9	28
total	7	40	19	66

Figura no 40. Tabulación cruzada entre directivos y tipo de líder. X2 5.1 p: 0.2

En esta tabla se nota que el director y subdirector tienen predominio de dejar hacer y autoritario y los jefes de servicio funcionan mejor con liderazgo democrático.

En una tabla cruzada en la figura no 41 visualiza el tipo de directivo y su supervisión en los recursos humanos.

	vigilancia de Recursos humanos		
Tipo directivo	Ausente	presente	Total
Director	10	9	19
Subdirector	13	6	19
Jefe de servicio	14	14	28
total	37	29	66

Figura no 41. Tabulación cruzada entre directivos y recursos humanos. X2: 1.6 p: 0.4

En esta tabla no hay diferencia estadística entre los diferentes directivos con la supervisión de los recursos humanos.

En la figura No 42 hay una tabulación cruzada entre el tipo de directivo y su conocimiento en administración. No hay diferencia estadística entre ellos.

Tipo directivo	Conocimientos de administración			total
	ausente	regular	bueno	
Director	2	6	11	19
Subdirector	3	10	6	19
Jefe de servicio	3	13	12	28
total	13	27	22	66

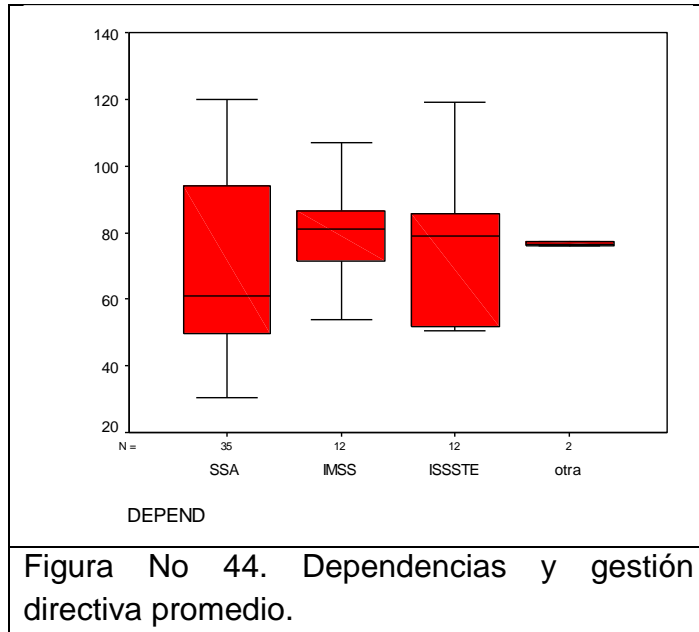
Figura No 42. Tabulación cruzada entre directivos y conocimiento de administración. X²: 2.8 P: 0.5

Tomando la suma total del desempeño directivo se clasifican en 4 categorías los directivos y su frecuencia y porcentaje se visualizan en la figura no 43.

Categoría de directivo	Frecuencia	Porcentaje
malo	5	7.6
regular	20	30.3
bueno	27	40.9
excelente	14	21.2
total	66	100

Figura no 43. Categorías de dirigentes por puntuación.

En una tabulación cruzada entre las dependencias estudiadas y el desempeño directivo se observan en la figura no 44. No hay diferencia estadística entre ellas.



Con la puntuación final de la gestión directiva los resultados se ven en la figura no 45.

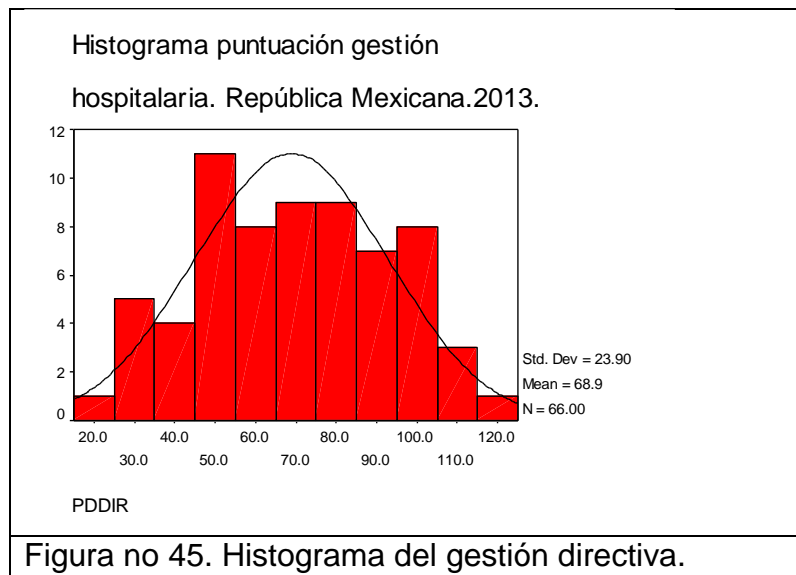


Figura no 45. Histograma del gestión directiva.

En la figura se identifican 3 picos de moda que sugieren los tres tipos de liderazgo en el del lado izquierdo del tipo dejar hacer el intermedio con autoritarismo y el del lado derecho del tipo democrático. Hay una diferencia visual.

En la figura no 46 en una gráfica se identifican las diferentes puntuaciones de la categoría de directivo por el desempeño hospitalario. Se nota grupos perfectamente diferenciados y separados.

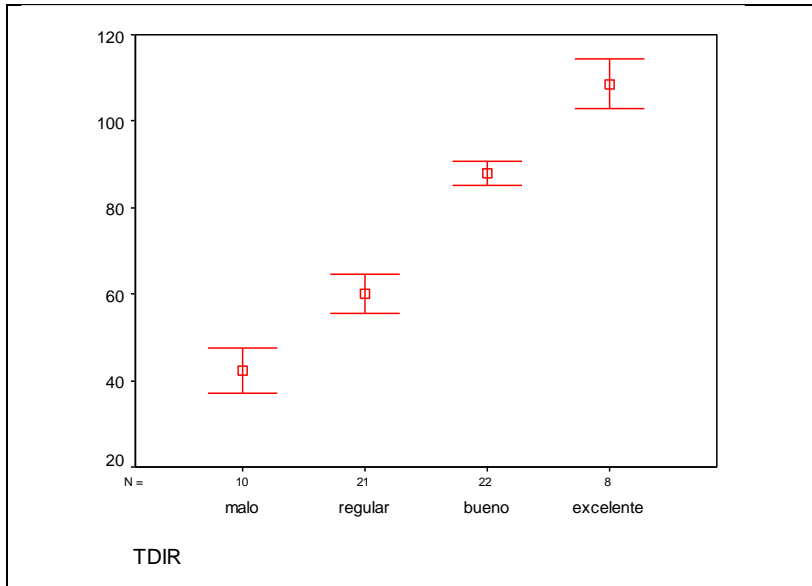


Figura no 46. Diferentes categorías de dirigentes por gestión directiva.

La correlación entre la inteligencia emocional y desempeño directivo fue de $R = .749$ $r^2 = .56$ con $F: 81.85$ error DS 16.04 $P: < 0.001$. La gráfica de dispersión muestra una mayoría de datos ordenados y la tendencia lineal es positiva. Como se ven en las figura 47 y 48.

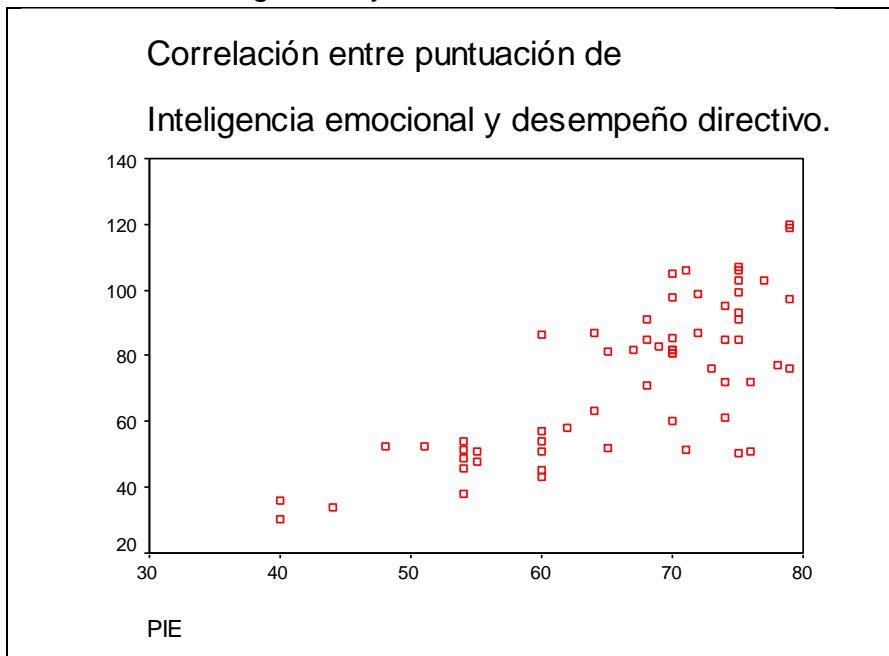
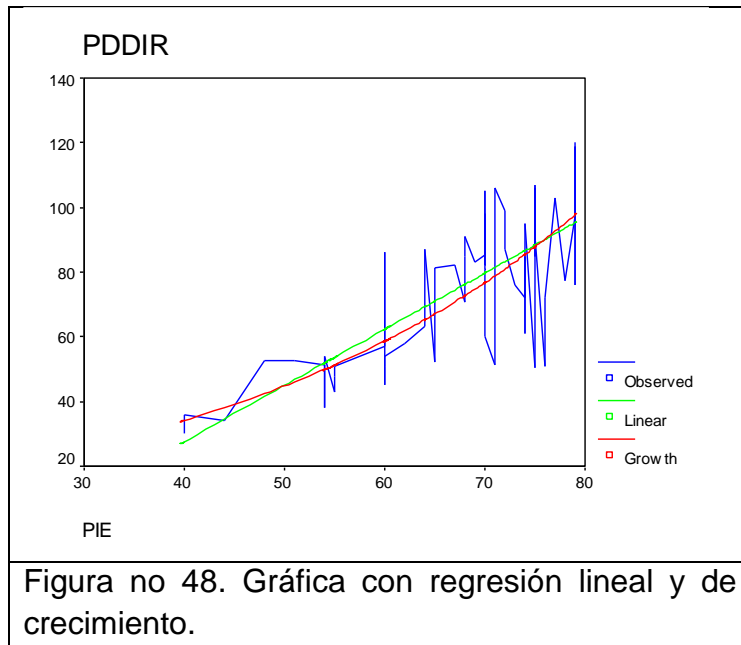


Figura no 47. Correlación entre inteligencia emocional y desempeño directivo.



En la figura no 49 se observa los resultados estadísticos de la correlación entre la inteligencia emocional y desempeño directivo.

ORGANIZACIÓN DE TABLA

Estadística descriptiva		
	Promedio	Desviación Estandar
Gestión directiva	67.5606	24.0392
Inteligencia emocional	67.1667	9.4585

Correlación.			
		PDDIR	PIE
Correlación de Pearson	PDDIR	1	0.749
	PIE	0.749	1
Correlacion R cuadrado		0.561	
Sig. (1-tailed)	PDDIR	.	0
	PIE	0	.
N	PDDIR	66	66

ANOVA						
Model		Suma de cuadrados	df	Promedio de cuadrados	F	Sig.
1	Regression	21080.306	1	21080.306	81.856	< 0.001
	Residual	16481.951	64	257.53		
	Total	37562.258	65			
a	Predictors: (Constant), PIE		puntuación inteligencia emocional			
b	Dependent Variable: PDDIR		Puntuación gestión directiva			

Con estos resultados se confirma la hipótesis alterna y se desecha la hipótesis nula por lo que a mayor porcentaje de inteligencia emocional se tiene un mejor desempeño directivo en hospitales públicos. Además, todo esto nos señala que directivos con puntuación de inteligencia emocional de más 60-puntos tienen un mejor desempeño que los por debajo de 59 puntos.

El histograma de inteligencia emocional nos señala un promedio de 67.1 puntos y mediana 70 puntos. El histograma de gestión directiva nos señala que el promedio fue 67.5 puntos y su mediana 76.5 puntos. En ambos histogramas no hay sesgos significativos porque la kurtosis y asimetrías son menores. Se identifican 3 modas a 45, 80 y 100.

En cuanto a las entidades federativas en la figura no 50 en la gráfica de dispersión entre correlación IE y PDIR en donde el Distrito Federal tiene los valores más altos.

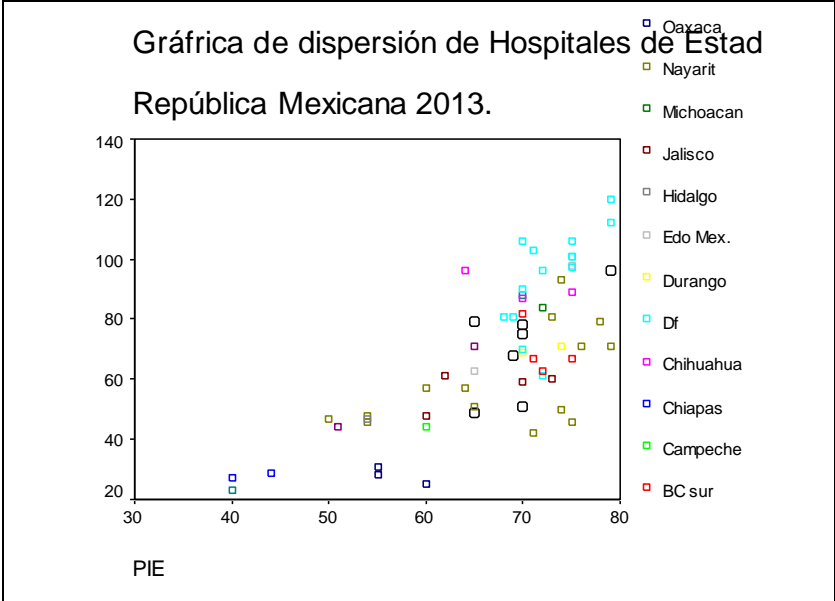


Figura no 50. Correlación PIE y PDIR en las diferentes entidades federativas.

En las siguientes figuras no 51 se observa esta correlación PIE y PDIR con el liderazgo. Identificando una mayor puntuación en el liderazgo democrático.

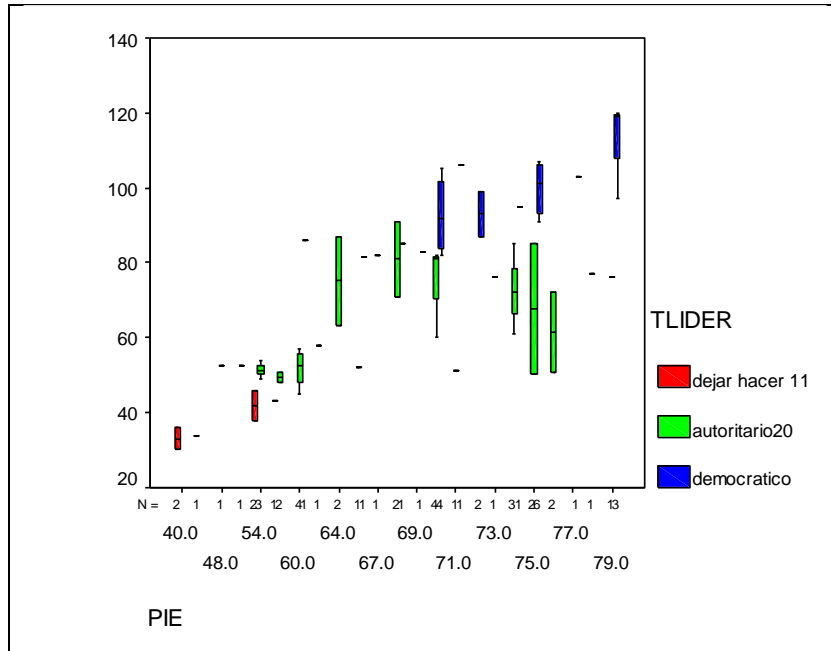


Figura no 51. Correlación PIE y PDDDIR con el tipo de líder.

En esta gráfica se observa una diferencia estadística significativa entre la correlación y el tipo de liderazgo siendo la más importante la de tipo democrático.

En la figura no 52 en gráfica de dispersión se observa lo anterior.

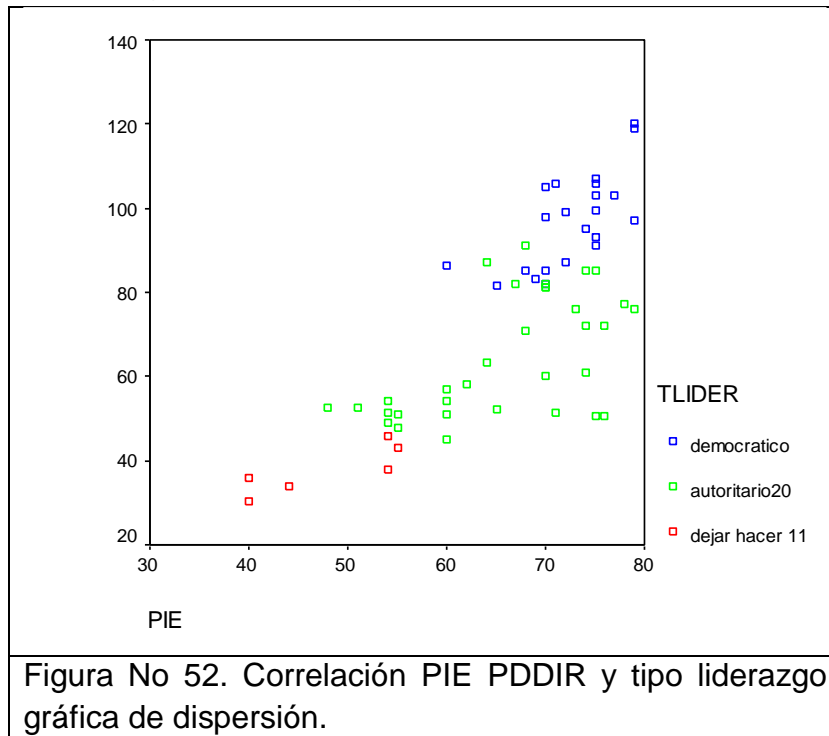


Figura No 52. Correlación PIE PDDDIR y tipo liderazgo gráfica de dispersión.

Por el sexo y su correlación se ven en la figura no 53.

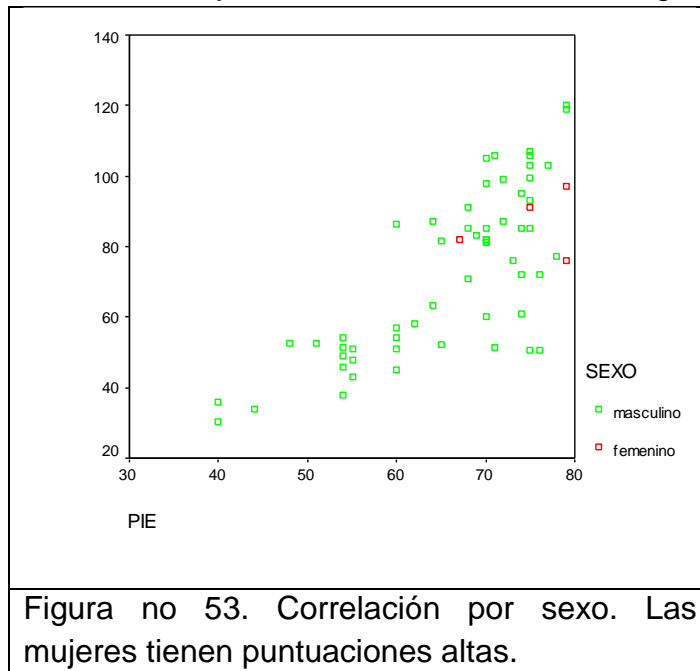
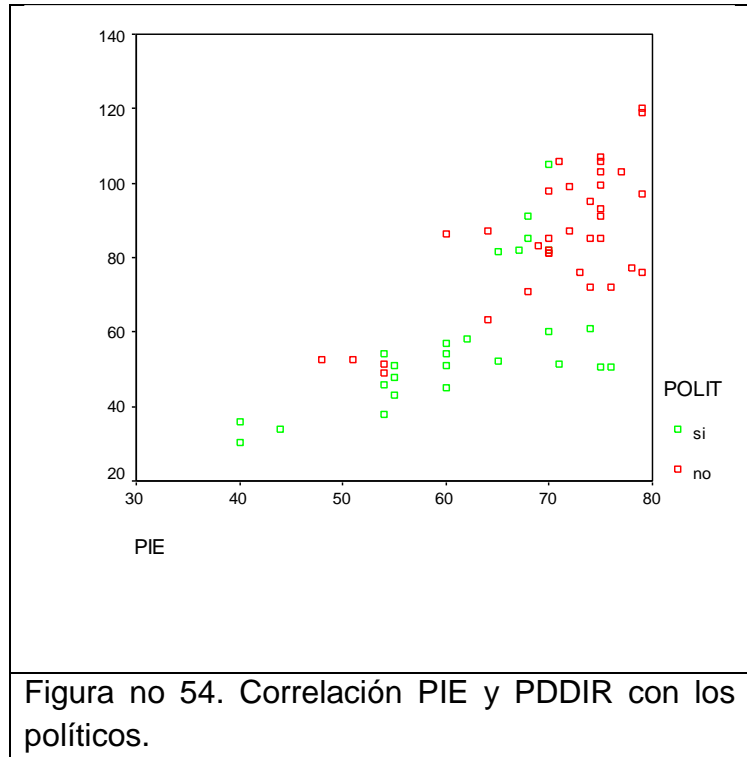


Figura no 53. Correlación por sexo. Las mujeres tienen puntuaciones altas.

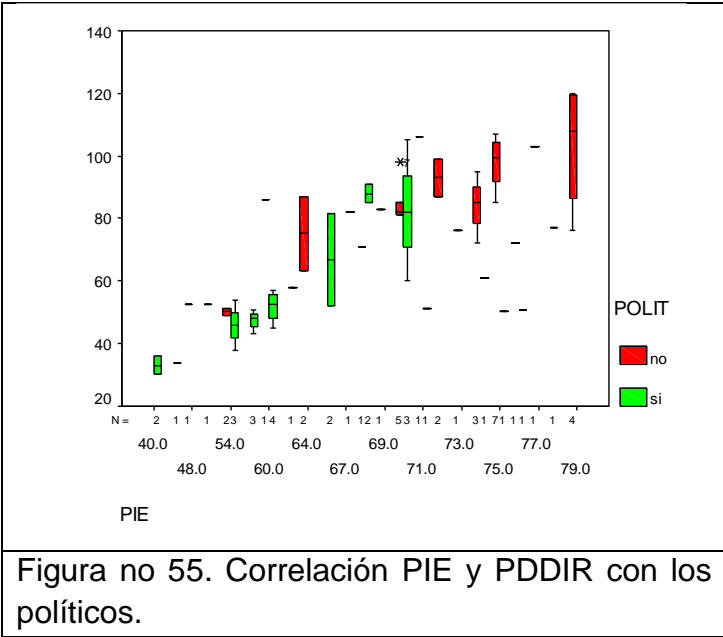
De todos los directivos estudiados se pudo detectar a los políticos porque en el área de infraestructura tenían los 18 puntos registrados y en la realidad había desaseo, falta de supervisión y organización y no correspondía a la realidad con lo que señalaban. Cinco variables que fueron constantes en ellos y estas fueron:

1. Eres ambicioso, estimulado por alta necesidad del logro.
2. Tus conflictos son chismes y desempeño deficiente.
3. Eres receptor y empático sobre todo para escuchar quejas y reclamaciones.
4. Manejas productividad, calidad y satisfacción del usuario.
5. Tienen los valores más bajos de enseñanza.

El directivo político se presentó en 26 casos y no políticos en 40. En la figura no 54 en la correlación PIE y PDDIUR entre políticos y no hay una diferencia estadística en forma general. Hay políticos con alta inteligencia emocional y desempeño directivo.



En la figura No. 55 de correlación anterior con gráfica de cajas, se observa al político con esta correlación identificándolo en la porción más inferior.



Finalmente en la figurasno 56 y 57. Se analiza al político en gráfica de cajas. Y de todos ellos el rubro donde hay una diferencia marcada y significativa en el desempeño directivo y en los cursos de administración.

Figura No. 56. Grafica medias de desempeño directivo.

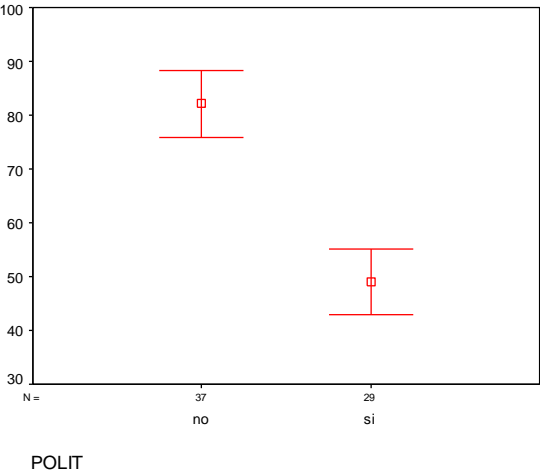
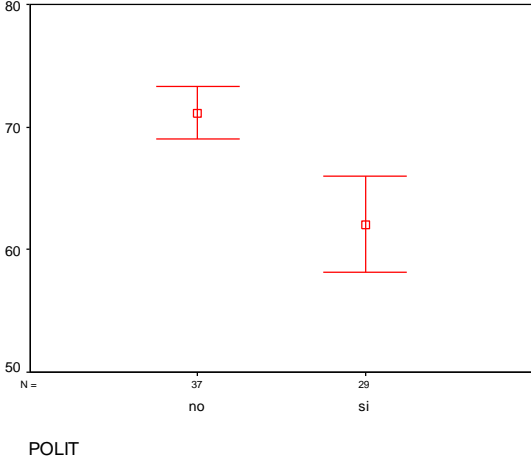


Figura No. 57. Gráfica de media de puntuación de inteligencia emocional.



4.2. Discusión de resultados.

Los resultados de la investigación nos señalan que la correlación r entre las dos variables escalares de inteligencia emocional y gestión directiva fue de 0.748 que significa una buena correlación entre estas dos variables a mayor puntuación de inteligencia emocional mejor gestión directiva en el aspecto general.

Desglosando las partes de la gestión directiva los mejores directivos fueron los que tenían mejor preparación administrativa y un liderazgo democrático pero además se preocupaban por la infraestructura y sus recursos humanos que tuvieran mejor educación y por lo tanto su área de enseñanza era primordial en su desempeño profesional.

Los hospitales localizados en México Distrito Federal y en ciudades de la frontera con E.U. tuvieron los mejores desempeños en la gestión directiva. Y por su parte los directivos del sur del país los peores desempeños y con un liderazgo dejar hacer con personal no adiestrado en ese cargo e impuestos por los gobernantes en turno para funciones generalmente políticas.

Solo hubo 4 mujeres en el estudio con buenas calificaciones pero por un número escaso no son suficientes para dar resultados estadísticos significativos.

Los 66 directivos estudiados son un número bueno para el estudio por arriba del tamaño de la muestra. En diferentes localizaciones del país que dan un panorama general y pueden retratar las características del país.

Aunque no era importante conocer cuál era la característica del comportamiento de los directivos con tendencias políticas la investigación reportó datos interesantes: 26 de los 66 tuvieron ese perfil, aunque ellos no lo dijeron abiertamente se descubrió que cuando el directivo llenaba el cuestionario en forma aislada los resultados del test de gestión tenían resultados muy altos y al comprobar esos datos no les interesaba la infraestructura y la administración del hospital, no había enseñanza y lo único que les importaba eran los pacientes recomendados por los gobernantes a los cuales los atendían en forma excelente. Su liderazgo es autoritario y dejar hacer y no son democráticos en dos figuras se observa diferencias significativas en la puntuación de gestión directiva e inteligencia emocional.

Por los resultados no hubo diferencias estadísticas entre el IMSS, SSA y el ISSSTE ni entre el director, subdirector y jefes de servicio de los diferentes hospitales.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.

Nuestra intención era investigar la correlación entre dos variables de puntuación una de ellas la inteligencia emocional de los directores de hospitales en la República Mexicana y cuál era la puntuación de su gestión directiva. Y los resultados fueron los siguientes:

La correlación entre la puntuación de la inteligencia emocional y la puntuación de desempeño directivo es positiva de 0.749 con r cuadrada de 0.56 con F: 81.0 y $p < 0.001$, con esto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Todo esto indica una fuerte asociación entre las dos variables entre más valor tenga la inteligencia emocional mayor será su gestión directiva. La excepción a esto ocurre con los directivos políticos que tienen una alta inteligencia emocional pero su desempeño directivo es pobre.

Las variables por separado tuvieron los siguientes resultados:

- A. Puntuación de inteligencia emocional: promedio:67.1 mediana : 70 moda : 70 Ds: 9.67.
- B. La variable gestión directiva ; promedio : 67.5 mediana: 76.5 moda:81 Ds: 24
- C. La edad : promedio 48 mediana: 49 moda:49Ds 6.38
- D. Meses de desempeño directivo: promedio: 14 mediana: 12 moda: 10 Ds 9.22.
- E. Sexo: masculino 62 casos 96 % mujeres 4 casos 4 %.

Las mujeres directivos fueron 4 estudiadas con un 4 % de los casos aunque sus resultados fueron altos se requieren más mujeres en estos puestos para tener un resultado más adecuado estadístico.

Con la variable desempeño directivo se desglosaron 4 variables:

- a. Vigilancia de infraestructura: ausente: 47 % presente 53 %.
- b. Liderazgo: dejar hacer 10.6 %, autoritarismo 60.6 %, democrático 28.8 %.
- c. Vigilancia de recursos humanos: ausente: 56 % presente: 44 %.
- d. Conocimiento administrativos: ausente: 12 % ,regulares: 44 % buenos: 44 %

La enseñanza fue una variable muy disminuida en directivos con pobre desempeño directivo.

El liderazgo con mayor potencial y mejores resultados fue el democrático.

Con estos test es posible diferenciar los tres tipos de liderazgo.

No hubo diferencias estadísticas por promedios con el tipo de directivos y su función, en las dependencias de salud. Del desempeño directivo se observó que los que no tienen cursos de administración su función, es pobre.

Los directivos médicos del norte del país y el distrito federal tienen la mejor gestión directiva en general. Su desempeño en la infraestructura, recursos humanos y presupuesto es mejor.

La última variable de estudio si es posible detectar a directivos con grandes influencias políticas. Si fue posible. Se identificaron 26 de 66 directivos. La sorpresa fue que muchos de ellos tienen una puntuación de inteligencia emocional alta, pero su desempeño directivo es pobre o regular. Las áreas que menos calificación están en la vigilancia de la infraestructura, recursos humanos, cursos de administración y no les importa la enseñanza hospitalaria. Pero se desviven por usuarios recomendados por gobernantes.

A los representantes de la Secretaría de Salubridad y asistencia del país deberían vigilar el perfil de los directivos de hospitales para obtener eficiencia en los mismos. Una forma de identificar el directivo ideal es utilizar estos test de inteligencia emocional y de gestión directiva. Dichos test deben realizarlos en entrevista personalizada y buscando al directivo con un liderazgo de tipo democrático.

Por otro lado con esta investigación se identificó que el 56 % de los directores del país no tienen conocimientos administrativos y aunque pueden ser excelentes médicos especialistas o generales su comportamiento gerencial es pobre o mediocre logrando escasa productividad.

Nosotros sugerimos que se incorpore a las residencias médicas la especialidad de gestión directiva con duración de 2-3 años con cursos teóricos y prácticos con rotación a 15 hospitales desde elementales intermedio y de alta especialidad con aval de la SEP evaluación y tesis. O Por otro lado se implemente una maestría y o doctorado en gestión directiva. Y que en el futuro solo médicos con estos diplomas deberían ejercer la dirección de los hospitales.

Otra sugerencia sería que el director, subdirector y jefes de servicio de un hospital deberían trabajar en equipo y ser autónomos porque todos ellos deben tomar decisiones adecuadas para el funcionamiento de la empresa. Si uno de ellos no quiere o no puede debe ser sustituido por otro adecuado. Aquí los gobernantes no deberían meter a su gente que por lo general es incapaz y causa más problemas que beneficios.

Un buen directivo no es el más popular, pero sí el más eficiente, el no está detrás de un escritorio, sino en los servicios y departamentos dando la cara y enfrentando los conflictos, solucionando problemas. El buen director estimula la enseñanza médica, asiste a las juntas, utiliza los índices hospitalarios para programar a corto y largo plazo, estimula a los trabajadores y negocia con el sindicato para lograr el éxito hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Adams, R. (1993). The limbic lobes and the neurology of emotion, principles of neurology, (5ª ed.) USA: McGraw Hill.

Alberts, B. (2011). Introducción a la biología celular y molecular (3ra. Ed.). México: Panamericana.

Anibal, S. (1970). El director del hospital. El día Médico 44,1381-1382.

Aron, I. (2004). Inhibition and the right inferior frontal cortex. Trend incognitive sciences. 8 (4), 170-177.

Asenjo, M. (2006). Gestión diaria de hospital. España: Elsevier.

Banda, H. (2012). Gestión Tecnológica de hospitales. México: Probooks.

Bar-On, R. (2003). Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence Brain: 126, 1790-1800.

Bar-On, R. (2007). Model of emotional intelillence.Organization & people (14), 27-34.

Barquín,M. (1992). Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica. (6a ed.)México: McGraw–Hill.

Bechara, A. (2000).Emotion decisión- making, and the orbitofrontal cortex, Cereb cortex 10: 295-307.

Bravo, A. (1967). Hospital moderno al servicio de salud. Conferencia Colombia. Bol oficsanitaria.

Buñol, M. (2008). Percepción, atención, memoria. Comunicación (18-03-2014)
http://vitralesxxi.com.ar/psicologia/percepcion_atencion_memoria.htm

Chiavenato, I. (2004). Administración de Recursos Humanos. México: Mc Graw Hill.

Chiavenato, I. (2009).Gestión del talento humano. México: Mc Graw Hill.

Conger, G. (2010). Prácticas gerenciales modernas en la administración pública. Inteligencia emocional. Recuperado en:
[http: www.Inteligencia-emocional.org/aplicaciones](http://www.Inteligencia-emocional.org/aplicaciones) (12 febrero 2012)

Cooper, K. (1998). La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y las organizaciones. Colombia: Norma.

Corbera, E. (2013). Fundamentación teórica de la Bioneuroemoción. México: Sincronía, encuentros.

Davidson, R. (2007). Structural Variations in Prefrontal Cortex Mediate the Relationship between Early Childhood Stress and Spatial Working Memory. *The J of Neuroscience*, June 6, 2012•32 (23):7917–7925.

Davidson, R. (2010). Exploraciones empíricas de atención: enigmas conceptuales y metodológicos. *Emoción*, 10 (1), 8-11.

Díaz, P. (1994). Gerencia pública. Colegio de ciencias políticas y administración Pública México. P 99.

Drucker, P. (1976). La Gerencia de empresas. Trad. Prats L. (3ra. Ed.) Argentina: Sudamericana.

Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology*. 51: 665-697.

Fayol, H. (1921). Incapacidad industrial del estado. *Rev francesa*.

Phelps, A. (2009). Emotion and cognition: insight from studies of the human amygdala. *Annual review of Psychology*, 57: 27-53.

Forns, M., Amador, J.A. y Roig-Lopez, F. (1997). La evaluación psicológica en el contexto educativo. En M.M. Casullo (comp). *Evaluación psicológica en el campo socioeducativo* (pp. 9-68). Argentina: Paidós

Frederickson, B. (2009). *Positivity*. USA: Crow Publishers.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. USA: Basic Books.

Gartner, L. (2008). *Texto atlas de histología*. (3ra. Ed.) Mexico: McGraw Hill.

Gelinier, D. (1975). *La nouvelle Gestion Publique. Pour un et at sans Burocrate*. France: Hommes et Techniques p9-11.

Gil, V. (1990). *Liderazgo*. México: Instituto de Capacitación Política.

Gilmore, C. (1996). *Manual de Gerencia de calidad*. Organización Panamericana de Salud. Vol 3 Serie Hsp-Uni/manuales operativos platex.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. USA: Bantam Books.

Goleman, D. (1999). *Estilos de liderazgo*. USA: Harvard Business Review.

Goleman, D. (2012). El cerebro y la inteligencia emocional. España: Ediciones BSA.

Gronroos, C. (1984). Strategic Management and marketing in the service sector England: Marketing Science Institute.

Gutiérrez, X. (2009). Inteligencia. Recuperado (19-03-2014)
<http://ximenagaby.blogspot.mx/2009/11/inteligencia-capitulo-8.html>

Healthcare Organizations, (1990). Measuring quality in Health care. Oakbrook Terrace.

Hernandez, S. (2009). Metodología de la investigación. (5ª ed.) México: Mc Graw Hill.

IMSS, (1997). Indicadores de Servicios de Salud. Subdirección General Administrativa. Unidad de Organización. México: :142–154.

Koontz y O'Donnell, R. (2003). Curso de Administración Moderna. México: Mc Graw Hill.

Lamm, C. (2010). The role of anterior insular cortex in social emotions. Brain Structure and Function 241,(5-6), 579-951.

Madrugal, B. (2009). Habilidades directivas. (2da. ed.), México: Mc Graw Hill.

Malagón, G. (1997). Administración hospitalaria. (1ª.Re.). Colombia: Médica Panamericana.

Manca, Y. (2007). La administración de un hospital público. Argentina. Recuperado en : <http://www.monografias.com> (12 febrero 2012).

Marietan, H. (1994). Atención y memoria. Recuperado (18-03-2014)
www.marietan.com

Martínez, A. (2007). Gestión hospitalaria. México: IDEA.

Martínez, F. (2012). Habilidades directivas. (2º ed.), México: McGraw Hill.

Molina, Mata y col. (2010). Emocionalmente Inteligente. Rev Calidad Empresarial , Edición Corporación Calidad (3):18-19.

Mc Clelland, G. (1978). Gestión de motivación para ampliar la libertad humana. American Psychologist , 33 (3), 201-210.

Mezquita, C. (2011). Fisiología médica. Fisiología del sistema límbico. España: médica Panamericana.

Monsalve, R. (2009). El aprendizaje colaborativo. Colombia: Rev desafío a la ingeniería.

Morales, A. (2001). Administración estratégica de los servicios de salud. Educación permanente en salud. Gestión de los servicios de salud OPS/OMS.

Moreno, L. (2010). Importancia de la motivación en el liderazgo institucional. Recuperado en :
<http://www.monografias.com/trabajos3.htm> (12 febrero 2012)

Moya, M. (2009). Leyes del aprendizaje de Thorndike. Recuperado: (18-03-2014)
<http://psicoterapeutas.eu/leyes-del-aprendizaje-de-thorndike/>

Moyado, F. (2010). Gestión de calidad. México: Siglo XXI.

Netter, F. (2010). Atlas de Anatomía humana. Cerebro. México: Panamericana.

Palacios, I. (1996). Percepción, memoria, inteligencia. Monografías. Honduras.
<http://www.monografias.com/trabajos96/percepción-memoria-inteligencia>

Porth, C. (2005). Fisiopatología. VII edición. México : Panamericana..

Redondo, (2005). Recuperado en: (febrero 2012)
[http://www.inteligenciaemocional.org/aplicaciones_practicas/ie_en_el_liderazgo.htm\(12](http://www.inteligenciaemocional.org/aplicaciones_practicas/ie_en_el_liderazgo.htm(12)

RENa, (2008). Ciencia cognitiva, Psicología. Recuperado (19-03-2014)
<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema19.html>

Restuccia, J. (1989). A framework for the definition and measurement of underutilization. Med Care Rev 46:255–270.

Reyes, A. (2004). Administración de Personal. México. Editorial LIMUSA.

Salovey, P. (1990). Emotional Intelligence, Imagination, cognition and personality. 9(3): 185-211.

Sánchez, A. (2009). El valor de la inteligencia emocional. España: Formación Alcalá.

Sánchez, G. (1998). Indicadores de gestión hospitalaria. Jefe del Departamento de Evaluación de Proyectos . Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Recuperado en: (12 febrero 2012)
<http://www.sellingpower.com/article/display.asp?coverStory=TRUE&aid=SP2476377&pageTitle=>

Shortells, L. (1995). Reinventing the americans Hospitals, MRBanksQuaterly, 73, 131-60.

Siegel, D. (2007). The mindful brain. USA: Norton.

Snell, R. (2010). Neuroanatomía clínica. (7ª. ed.), USA: Lippincott- Williams.

Squire, L. (2004). Memory sistems of the brain. Neurobiol Learn Mem 82, (3) :171-177.

Stoner, G. (2000). Administración. México. Co. Editorial Continental SA. De CV.

Terry, G. (1990). Principios de Administración. México: Compañía Editorial Continental.

Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad. Vol. 23 (2), 84-99.

Wedeen, V. (2013). Conectividad de redes neuronales. USA: Science (335): 1628-1634. Harvard.

Yerkes, M, & Dodson, J. (1908). La relación de la fuerza del estímulo a la rapidez del hábito-formación. J of Comparative Neurol y Psicol, 18 , 459-482.

Yoder, D. (2006). Manejo de Personal y Relaciones Industriales. México: LIMUSA.

Anexo1

Test Final de Desempeño Directivo.

Nombre del Hospital:

Ciudad:

Estado:

Directivo(1. director 2. subdirector 3. jefe servicio)

Dependencia: (1. SSA 2. IMSS 3. ISSTE 4. otra)

Contesta el test con X . 0. Totalmente en desacuerdo 1. en desacuerdo 2. de acuerdo 3. totalmente de acuerdo

No	Variable	Pregunta	0	1	2	3	n	s	
1	I1	Como director conoces los desperfectos de equipos y falta de insumos.							
2	I2	Examino la calidad de instalaciones, equipos y salas de espera.							total
3	I3	Evalúo la higiene de camas, rampas, sillas y ambulancias.							:
4	I4	Los cuartos de pacientes son silenciosas, confortables y limpias							1 < 9
5	I5	Hay servicios de ambulancia y banco de sangre disponibles.							2 >
6	I6	Has conseguido desde la dirección equipo moderno para el hospital.							10
7	L1	El director, subdirectores y jefes de servicio trabajan en equipo.							
8	L2	Como director compartes ideas con colaboradores y juntos toman decisiones							
9	L3	Como director eres autoritario para mostrar respeto.							
10	L4	Como director tienes objetivos, fechas por cumplir y riesgos calculados.							
11	L5	Como director tienes muchas diferencias con trabajadores, sindicato y usuarios.							
12	L6	Utilizas tus reportes de mortalidad y morbilidad para planear necesidades.							total
13	L7	Tus conflictos son chismes y desempeño deficiente.							:
14	L8	Sabes guiar, motivas y coordinas en las juntas de trabajo.							1 <
15	L9	Tienes tareas abundantes y rutinarias no delegables.							16
16	L10	Influyes en la toma de decisiones, solucionas problemas y supervisas							2:
17	L11	Hay enseñanza hospitalaria							17-
18	L12	Eres receptor y empático sobretodo para							32
									3>
									33

		escuchar quejas y reclamaciones.								
19	L13	Eres ambicioso, estimulado por un alta necesidad del logro.								
20	L14	Conoces las 3 enfermedades mas frecuentes en consulta, hospital y emergencias.								
21	L15	Conoces los 3 errores médicos mas frecuentes que causan demandas médicas.								
22	L16	Conoces los 4 medicamentos que se agotan y su causa.								
23	R1	Hay amabilidad del personal en el hospital								
24	R2	Conoces la productividad y ausentismo del recurso humano.								
25	R3	Al personal lo tratas con dignidad, usas retroalimentación y reconoces su valor.								Total
26	R4	Hay suficiencia de recursos humanos.								:
27	R5	Se termina el presupuesto anual en octubre.								1 < 9
28	R6	Hay suspensión quirúrgica.								2 >
29	A1	Evalúas la calidad del personal médico y enfermería del hospital.								10
30	A2	Utilizas las normas institucionales y capacitas a tu personal.								
31	A3	Realizaste algún curso de administración o dirección de hospitales.								
32	A4	Manejas productividad, calidad, satisfacción y consentimiento del usuario.								
33	A5	Conoces la misión, visión y nombres de personas que te rodean.								Total
34	A6	Los pacientes reciben información clara del médico por su enfermedad.								:
35	A7	Cuando hay un error en el personal definiendo a los usuarios.								1 <
36	A8	Hay sistema de retroalimentación de quejas.								12
37	A9	Evalúo os procedimientos administrativos de ingreso y egreso de pacientes.								2 :
38	A10	La entrega de resultados de laboratorio Rx y patología es menor a 10 días.								13-
39	A11	La farmacia cuenta con 80 % de los medicamentos.								24
40	A12	Evalúo reingresos, mortalidad e infecciones hospitalarias.								3 >
										25

Anexo No 2

Cuestionario de Inteligencia emocional.

Respuesta a Test: 0 En total Desacuerdo 1 en desacuerdo 2 neutro 3. De acuerdo

4 Totalmente de acuerdo

0 1 2 3 4

	0	1	2	3	4
1. Me gusta plantearme metas desafiantes que se que puedo alcanzar.					
3. Cuando alguien me cuenta un problema, lo escucho atentamente.					
4. Se perfectamente cuales son muy puntos fuertes y débiles.					
5. Aun bajo presión, soy capaz de concentrarme y pensar con claridad.					
6. Cuando tengo problemas, los afronto y busco soluciones.					
7. Me considero una persona con bastante capacidad de liderazgo.					
8. Soy bastante persistente en mis objetivos.					
9. Se decir no cuando no estoy de acuerdo con algo.					
10. Aunque no comparta la opinión de otra persona, se ponerme en su lugar y entender su punto de vista.					
11. En los momentos críticos suelo conservar la calma.					
12. Siempre se lo que siento y por qué.					
13. Soy una persona con gran capacidad para trabajar en equipo.					
14. Soy capaz de comprender los sentimientos de los demás.					
15. En una discusión prefiero escuchar y esperar a que el otro se calme.					
16. Por lo regular, no me siento nervioso sin motivo.					
17. Trabajar cómodo y en un buen ambiente es tan importante como el salario.					
18. Cuando cometo un error, no me cuesta admitirlo.					
19. Si mis amigos bromean a mi costa, me río y continúo la broma.					
20. No me hundo con facilidad aunque me hagan una crítica negativa.					