



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

**INTELIGENCIA EMOCIONAL
DE LAS ENFERMERAS DE
URGENCIAS HOSPITALARIAS
DE VALLADOLID**

Paola Casero Diéguez

Tutor/a: Carmela Molina Azorín

Cotutor/a: María García García

RESUMEN

El concepto de Inteligencia Emocional (IE) surge como consecuencia de la evolución del constructo de inteligencia y el interés científico que suscita la combinación de dos conceptos tan opuestos como son la cognición y la emoción. El término fue utilizado por primera vez en 1990, dando lugar a la proliferación de diversos modelos teóricos: de Capacidad y Mixtos, a la vez que se desarrollaban instrumentos de medida necesarios para evaluar los componentes de cada modelo.

En enfermería, los profesionales están expuestos de manera constante a mantener relaciones interpersonales y afrontar situaciones de sufrimiento, enfermedad y dolor, de tal manera que, si no son gestionadas adecuadamente, pueden dar lugar a agotamiento y estrés. Por ello, es importante poseer un buen nivel de Inteligencia Emocional que permita un mejor procesamiento y asimilación de las emociones y con ello un mayor nivel de bienestar.

Este trabajo consiste en un proyecto cuyo objetivo es medir la Inteligencia Emocional de las enfermeras de las Urgencias Hospitalarias de Valladolid; identificando las variables sociodemográficas que pueden influir sobre la Inteligencia Emocional y valorar la necesidad de realizar una intervención formativa.

La población estará compuesta por las enfermeras de urgencias de los Hospitales de Valladolid y se obtendrá la muestra por muestreo estratificado consiguiendo así un estudio de tipo descriptivo transversal.

Los instrumentos de medida serán un cuestionario AD hoc para variables sociodemográficas y el cuestionario Trait Meta-Mood Scale – 24 para la evaluación de la IE. Los datos obtenidos se analizarán con el programa informático SPSS, v24.

Palabras clave: Inteligencia Emocional; Enfermería; Urgencias

ABSTRACT

The Emotional Intelligence (EI) concept arises as a consequence of the evolution of the construct of intelligence and the scientific interest generated due to the combination of two contrary concepts such as emotion and cognition. The term was first used in 1990, giving place to the proliferation of different theoretical models: Ability and Mixed, at the same time, measurement instruments were being developed in order to evaluate the different components of each model.

Nursing professionals are constantly exposed to maintain interpersonal relationships and to deal with suffering situations, illness and pain, so, if this situations aren't faced properly, they can lead to stress and depletion. As a consequence, it is really important to have a good Emotional Intelligence level because it would allow yourself a better emotional prosecution and asimilation in addition to a higher level of welfare.

The aim of this project is to measure the level of Emotinal Intelligence of Nurses in the Emergency Department in Valladolid; identifying the sociodemographic variables that can influence Emotional Intelligence and evaluate the need to carry out a formative intervention.

The population will be composed of nurses from the Emergency Department of the Hospitals in Valladolid and it will be obtained by the stratified sample technique. It will be an observational, cross-sectional, descriptive study.

The measurement instruments will be an AD hoc questionnaire for sociodemographic variables and the Trait Meta-Mood Scale – 24 in order to evaluate the EI. The obtained will be analyzed using the informatic programme SPSS, v24.

Key words: Emotional Intelligence; Nursing; Emergency

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	EVOLUCIÓN DEL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA.	1
1.2	LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: DESARROLLO DEL CONCEPTO.....	1
1.3	PRINCIPALES MODELOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.	2
1.4	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.	3
1.5	EL CEREBRO EMOCIONAL.	4
1.6	INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ENFERMERÍA.....	5
2	JUSTIFICACIÓN.....	6
3	OBJETIVOS.....	7
4	HIPÓTESIS.....	8
5	METODOLOGÍA.....	9
5.1	ÁMBITO.	9
5.2	DISEÑO.	9
5.3	SUJETOS.....	9
5.4	VARIABLES.	12
5.5	OBTENCIÓN DE DATOS.	12
5.6	ANÁLISIS DE LOS DATOS.	13
5.7	FORTALEZAS Y LIMITACIONES.	14
6	PLAN DE TRABAJO.....	15
6.1	PRESUPUESTO DE INVESTIGACIÓN.	16
6.2	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	16
7	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	18
8	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN	19
9	BIBLIOGRAFÍA.....	20
10	ANEXOS.....	23
	ANEXO I: CARTA INFORMATIVA	23
	ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO	26
	ANEXO III: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	30
	ANEXO IV: TMMS-24.....	32
	ANEXO V: CRONOGRAMA.....	33
	ANEXO VI: TABLA DE PRESUPUESTOS.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: MODELOS DE IE.....	3
TABLA 2: POBLACIÓN DIANA DEL ESTUDIO.....	10
TABLA 3: CRONOGRAMA 1.1.	33
TABLA 4: CRONOGRAMA 1.2.	34
TABLA 5: PRESUPUESTO DE INVESTIGACIÓN.	35

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Evolución del constructo de Inteligencia.

La Inteligencia es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de los años y adquiriendo diferentes significados. Esta amplitud de concepciones se extiende hasta nuestros días sin conseguir llegar a una definición unívoca por parte de los investigadores¹.

Salmeron (2002) ofrece una clasificación del concepto de Inteligencia que refleja su evolución. Primeramente, habla de los modelos centrados en la estructuración-composición de la Inteligencia, después, de los modelos basados en el funcionamiento cognitivo de la Inteligencia y, por último, de los modelos enfocados en la comprensión global del desenvolvimiento social de las personas en la búsqueda de su felicidad como necesidad vital^{1,2}.

Este último modelo considera relevantes el funcionamiento de las personas en sociedad a través de la cognición y el sentimiento¹ y es donde podemos ubicar a la IE, de la cual hablaremos a continuación.

1.2 La Inteligencia Emocional: desarrollo del concepto.

El concepto de IE surge como consecuencia de dos acontecimientos: la evolución del constructo de Inteligencia y, el gran interés científico que suscitaba la combinación de dos conceptos tan extremos como son el de cognición y emoción.

El término IE fue enunciado por primera vez en 1990 por los autores Salovey y Mayer basándose en las inteligencias intrapersonales e interpersonales desarrolladas por Gardner. Sin embargo, su divulgación se debe a Goleman (1995) y su popular obra "Inteligencia Emocional".

En un principio Salovey y Mayer definieron la IE como:

“Un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno”.

Por otro lado, Goleman (1995) la definió como:

“La capacidad a través de la cual pueda reconocer y manejar los propios sentimientos, motivarse y monitorear las propias relaciones”.

Gracias al Best Seller publicado por Goleman, el interés social incrementó exponencialmente y esto dio lugar a la proliferación de diversos modelos teóricos. Al mismo tiempo que estos modelos iban desarrollándose, surgían instrumentos de medida, necesarios para evaluar los diferentes componentes y dimensiones de cada modelo¹.

Este interés surgido, no estuvo libre de críticas y así Matthews, Roberts y Zeidner (2004), enumeraron “los siete mitos sobre la IE” que podemos resumir en desacuerdos en el significado del constructo, dificultades en su medición y una falta de claridad entre la relación emoción-cognición^{1,3}.

Más adelante en el tiempo, Petrides y Furnham (2000) propusieron, dentro del concepto IE, la distinción entre Inteligencia Emocional de Rasgo y Capacidad. Esta distinción está asociada a los instrumentos de medida de cada modelo^{1,4,5}.

- **Inteligencia Emocional de Rasgo:** vinculada a instrumentos de medición de autoinforme, los cuales, evalúan los rasgos de personalidad que llevan a una persona a actuar de una determinada manera y por lo tanto lo hacen de manera subjetiva.
- **Inteligencia Emocional de Capacidad:** se vincula a los test de rendimiento máximo, los cuales informan sobre las aptitudes de una persona para realizar una tarea específica. Estos test utilizan medidas objetivas^{1,6}.

1.3 Principales modelos de Inteligencia Emocional.

Salovey, Mayer y Caruso (2000), tras la revisión de su modelo, realizaron una clasificación de los modelos de IE teniendo en cuenta únicamente los componentes de cada modelo y no sus instrumentos de medición^{1,7}.

- **Modelos de Capacidad:** son aquellos que se componen exclusivamente de dimensiones cognitivas, es decir, focalizan su atención en las capacidades personales para reconocer la información emocional y tras utilizarla, realizar razonamientos abstractos^{7,8}.
- **Modelos Mixtos:** comprenden capacidades mentales y aspectos de la personalidad (habilidades sociales y emocionales, actitudes relacionadas con la motivación)^{8,9}.

Tabla 1: Modelos de IE.

INTELIGENCIA EMOCIONAL			
MODELOS DE CAPACIDAD	MODELOS MIXTOS		
Modelo de las Cuatro Ramas Salovey y Mayer	Modelo de las Competencias Emocionales Goleman	Modelo de la Inteligencia Emocional y Social Bar-On	Modelo de la Inteligencia Emocional de Rasgo Petrides y Furnham
FASES	ELEMENTOS	COMPONENTES	FACTORES
<ul style="list-style-type: none"> - Percepción emocional - Facilitación/ asimilación emocional - Comprensión emocional - Regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-conocimiento - Autorregulación - Habilidades sociales - Empatía - Motivación 	<ul style="list-style-type: none"> - Componente intrapersonal - Componente interpersonal - Manejo del estrés - Estado de ánimo general - Adaptabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol - Emoción - Bienestar - Sociabilidad - Adaptabilidad - Auto-motivación

Fuente: Elaboración propia (1,9).

1.4 Instrumentos de medida de la Inteligencia Emocional.

A medida que los autores fueron desarrollando los diferentes modelos de IE, también diseñaron diversos instrumentos para evaluar las dimensiones propuestas en cada modelo.

Principalmente encontramos dos tipos de medidas:

- **Medidas de habilidad o ejecución:** valoran la IE desde una perspectiva de ejecución así evitando los sesgos que pueden producirse al realizar cuestionarios de tipo autoinforme. Los sujetos deben responder eligiendo la respuesta que ellos consideren la correcta para así obtener la máxima puntuación posible⁵.
 - Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test – MSCEIT.
- **Medidas de autoinforme:** se basan en diferentes cuestionarios, inventarios y escalas. Se componen de una serie de preguntas cortas en formato Likert, con varias opciones de respuesta que da lugar a que el sujeto valore subjetivamente sus propias competencias emocionales¹.

Este tipo de medición tiene una clara desventaja y es la alta susceptibilidad de ser falseado debido a que las respuestas proporcionadas por los diferentes sujetos pueden estar respaldadas de una manera estratégica para así aumentar la deseabilidad social⁵.

- Trait Meta-Mood Scale (TMMS) – Salovey et al.
- Emotional Quotient Inventory (EQ-i) – Bar-On.
- Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) – Petrides y Furnham.

1.5 El cerebro emocional.

La emoción, según la RAE, se define como: “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta condición somática”. Las emociones son impulsos que nos llevan a actuar. Cada emoción nos predispone de un modo diferente a la acción.

Se podría decir que todas las personas poseen dos mentes, la mente racional, que es la modalidad de comprensión de la que nosotros mismos somos conscientes y con mayor capacidad de reflexión y, la mente emocional, cuya rapidez hace imposible la reflexión analítica, dando lugar a tener en cuenta las primeras impresiones y reaccionar a la imagen global o a los aspectos que más destacan. En condiciones normales, estas dos mentes están en equilibrio, pero cuando aparecen las pasiones, el equilibrio se rompe, y la mente emocional toma el mando. Las dos mentes funcionan como facultades independientes, aunque su funcionamiento está interrelacionado.

Para comprender mejor el significado de las emociones, se debe considerar la evolución del cerebro. La región más primitiva del cerebro es el tallo encefálico, una región que compartimos con todas las especies, sin embargo, en la nuestra, se ha producido una evolución, la cual ha permitido el desarrollo de unos centros emocionales que han dado lugar al neocórtex.

La raíz más primitiva de nuestra vida emocional radica en el lóbulo olfatorio. A partir de él, fueron desarrollándose centros emocionales que crecieron y acabaron por envolver el tronco encefálico. Hoy en día los llamamos sistema límbico.

El neocórtex es la parte del cerebro que se encarga del pensamiento y de integrar y procesar los datos registrados por los sentidos. También reside en él la capacidad de estrategia y planificación.

Por otro lado, se encuentra la amígdala, estructura que anteriormente formó parte del “cerebro olfativo”. Se encarga principalmente de cuestiones emocionales, por ello, se considera un depósito de la memoria emocional. A parte de estar ligada a los afectos, también tiene una estrecha relación con las pasiones.

LeDoux afirma que la amígdala asume el control cuando el neocórtex todavía no ha sido capaz de tomar ninguna decisión, es decir, permite durante una crisis emocional, reclutar y dirigir una gran parte del cerebro, incluida la mente racional. Revela la existencia de una serie de vías nerviosas para los sentimientos que eluden al neocórtex, permitiendo una respuesta más rápida pero también más imprecisa¹⁰.

1.6 Inteligencia Emocional y Enfermería.

Los profesionales de la salud están constantemente expuestos a mantener relaciones interpersonales y a afrontar situaciones de sufrimiento, enfermedad y dolor^{11,12}. Estos sentimientos producen consecuencias emocionales en los propios profesionales que, si no gestionan de manera adecuada, pueden dar lugar a agotamiento emocional y estrés¹¹.

Cada individuo reacciona de manera diferente ante un mismo estímulo estresor. Esto se produce ya que cada persona evalúa de manera diferente las situaciones y posee diversos recursos para afrontar un mismo problema. Estas diferencias individuales y recursos personales pueden actuar como factores protectores frente al estrés. Dentro de estos recursos cabe destacar la Inteligencia Emocional. Poseer IE permitirá un mejor procesamiento y asimilación de las diferentes emociones y con ello un mayor nivel de bienestar, ya que seremos capaces de enfrentarnos a situaciones estresantes y resolver conflictos adecuadamente¹³.

En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios, en este caso, las enfermeras, no disponen de estas habilidades emocionales, por lo que, las situaciones de miedo, estrés o ansiedad afectan a la calidad de los cuidados prestados y producen un desgaste inevitable. Por ello, la educación emocional favorece una mejor salud mental y emocional ya que los niveles de estrés se ven disminuidos cuando se utilizan las diversas habilidades emocionales^{12,14}.

Por otro lado, el sistema de salud actual contempla a la persona como un ser holístico, y por ello, se deben mantener unas relaciones interpersonales basadas en el respeto, las necesidades y el diálogo. Debido a esto, es necesario poseer estas capacidades personales que permitan establecer una relación terapéutica positiva para proporcionar unas condiciones de cuidado óptimas^{14,15}.

2 JUSTIFICACIÓN

Enfermería es una de las profesiones que presenta uno de los mayores índices de estrés laboral debido a la sobrecarga de trabajo, el afrontamiento diario de la enfermedad, la relación con el enfermo y sus familiares, las condiciones laborales a las que se ven sometidas... Todo esto puede derivar en una degeneración de la práctica clínica y manifestarse de diferentes formas: psicológica (depresión, frustración, ansiedad...), física (insomnio, cefalea, HTA...) y laboral (absentismo, baja productividad...).

Por ello, conocer el nivel de IE e insistir en el fomento de la Inteligencia Emocional ayudará a mejorar la calidad de los cuidados, las relaciones e interacciones interpersonales y también, permitiría a los profesionales desarrollar determinadas habilidades emocionales con el objetivo de gestionar adecuadamente las diversas situaciones y emociones.

3 OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Identificar el nivel de Inteligencia Emocional de las enfermeras de Urgencias Hospitalarias de Valladolid.

Objetivo específico:

- Detectar las variables sociodemográficas y/o laborales que más influyen sobre la Inteligencia Emocional de las enfermeras de Urgencias Hospitalarias de Valladolid.
- Valorar la necesidad de realizar una intervención formativa a las enfermeras de Urgencias Hospitalarias de Valladolid.

4 HIPÓTESIS

- Las enfermeras que llevan menos tiempo trabajando en el Servicio de Urgencias presentan una menor Inteligencia Emocional y por lo tanto una peor gestión de las emociones.

5 METODOLOGÍA

5.1 **Ámbito.**

La provincia de Valladolid consta de 519.546 habitantes. Está dividida en dos Áreas de Salud; un Área Este que cuenta con dos hospitales públicos del SACYL: el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) y el Hospital de Medina del Campo (HMC) y un Área Oeste comprendido por el otro hospital público del SACYL, el Hospital Universitario Río Hortega (HURH). Además, cuenta con otros tres hospitales de carácter privado: el Hospital Campo Grande, el Hospital Felipe II y el Hospital Sagrado Corazón.

De todos los hospitales se ha seleccionado el Servicio de Urgencias, en el cual desarrollaremos este Proyecto de Investigación.

5.2 **Diseño.**

Es un estudio observacional transversal descriptivo.

5.3 **Sujetos.**

Este Proyecto de Investigación va dirigido a todas las enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias de los hospitales citados con anterioridad.

La **población diana** está compuesta por una totalidad de 173 enfermeras que trabajan tanto en hospitales públicos como privados de la provincia de Valladolid, los cuales dispongan de un Servicio de Urgencias.

La **muestra** estará delimitada por una totalidad de 119 sujetos y compuesta por siete grupos: enfermeras fijas de mañana, fijas de tarde, mañanas y tardes, turno antiestrés con una noche, turno antiestrés con dos noches, fijas de noche y cubre turnos.

Esta muestra se obtendrá mediante muestreo estratificado con estratos definidos por las agrupaciones anteriores y afijación proporcional. De esta forma nos aseguramos mayor precisión en las estimaciones en cada una de las subpoblaciones. La inclusión de 119 individuos en la muestra nos permitirá cometer un error de estimación no superior al 5% con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 2: Población diana del estudio.

		POBLACIÓN DIANA				
		HOSPITALES PÚBLICOS				
		Hospital Universitario Río Hortega		Hospital Clínico Universitario		Hospital de Medina del Campo
		Urgencias ADULTOS	Urgencias PEDIÁTRICAS	Urgencias ADULTOS	Urgencias PEDIÁTRICAS	Urgencias ADULTOS + PEDIÁTRICAS
Nº TOTAL DE ENFERMERAS		40	15	75	14	12
TURNO	M	1	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
	M y T	3	-	7	-	3
	2M,2T,2N	20	10	63	10	9
	2M,2T,1N	16	-	-	3	-
	N	-	-	-	-	-
	CUBRE	-	5	5	1	-
		HOSPITALES PRIVADOS				
		Hospital Campo Grande	Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Hospital Felipe II		
		Urgencias ADULTOS + PEDIÁTRICAS	Urgencias ADULTOS + PEDIÁTRICAS	Urgencias ADULTOS + PEDIÁTRICAS		
		Nº TOTAL DE ENFERMERAS		9	5	3
TURNO	M	-	-	-		
	T	-	-	-		
	M y T	1	-	2		
	2M,2T,2N	-	-	-		
	2M,2T,1N	7	5	-		
	N	-	-	-		
	CUBRE	1	-	1		

Fuente: Elaboración propia. *M: mañanas; T: tardes; N: noches.

Criterios de inclusión.

- Ser enfermera del Servicio de Urgencias de adultos del HCUV.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias pediátricas del HCUV.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias de adultos de HURH.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias pediátricas del HURH.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del HMC.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Campo Grande.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Felipe II.
- Llevar más de 6 meses trabajados en el Servicio de Urgencias de cualquiera de los hospitales citados con anterioridad.

Criterios de exclusión.

- Otro tipo de personal, ya sean estudiantes de prácticas, TCAEs, médicos u otros profesionales que no sean enfermeras.
- Enfermeras que hayan trabajado menos de 6 meses en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Enfermeras que se encuentren de baja durante el periodo de recolección de datos.
- Enfermeras que se estén de vacaciones durante el periodo de recolección de datos.
- Enfermeras en periodo de excedencia.
- Enfermeras que tengan contratos de media jornada o menos.

5.4 Variables.

- Datos sociodemográficos: (Anexo III)
 - Sexo.
 - Edad.
 - Estado civil.
 - Número de hijos.
 - Número de personas mayores a su cargo.
- Datos laborales: (Anexo III)
 - Tiempo total trabajado como enfermera.
 - Tiempo total trabajado en el Servicio de Urgencias.
 - Tipo de contrato.
- Nivel de Inteligencia Emocional percibida a través del cuestionario Trait Meta-Mood Scale – 24. (Anexo IV)

5.5 Obtención de datos.

Una vez dada la aprobación por el Comité de Ética de los distintos hospitales, se procederá a la obtención de los datos.

Previo al inicio de la recolección, se llevará a cabo una **prueba piloto** a 10 enfermeras del Hospital Clínico Universitario que no vayan a formar parte de la muestra del estudio.

Esta prueba nos permitirá:

- Estimar la duración para la realización de la prueba.
- Valorar la existencia de errores en cualquiera de los cuestionarios ya sea por dificultades comunicativas que provoquen la falta de comprensión del sujeto, falta de opciones para seleccionar, preguntas que no se adecuen al estudio etc.
- Llevar a cabo los cálculos logísticos.

En los días siguientes a la recolección de los datos de la prueba piloto, los investigadores deberán señalar si es necesario realizar algún cambio en los cuestionarios proporcionados y emitir un informe con dichas modificaciones.

Si la prueba piloto no revela la necesidad de realizar ningún cambio de manera drástica, la investigación se llevaría a cabo a los 10 días siguientes con la

muestra seleccionada con anterioridad.

Para la recolección de datos, será necesaria la cumplimentación de 3 documentos principalmente:

- Consentimiento informado:

El cual es de obligado cumplimiento para la participación en la investigación. Se indicará que es revocable en cualquier momento.

- Cuestionario sociodemográfico y laboral:

El cual deberán cumplimentar con el objetivo de clasificar, posteriormente, tras el análisis de los datos, a las personas que hayan participado en la investigación. Los datos requeridos en este apartado engloban información de tipo personal y laboral.

- Cuestionario Trait Meta Mood Scale – 24:

La primera versión de este cuestionario fue el TMMS-48, denominado así por los 48 ítems que lo componían. Más adelante Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) adaptaron el cuestionario al castellano y redujeron los ítems a valorar a 24, por lo que se le dio el nombre de TMMS-24. Este cuestionario evalúa las mismas dimensiones que la versión anterior y posee resultados similares en cuanto a confiabilidad y validez tanto de criterio como de constructo^{1,16-18}.

Es considerada la primera medida de la IE en general y de la IE de Rasgo en particular. Este instrumento mide tres dimensiones: la atención a las emociones (habilidad para reconocer los sentimientos de manera adecuada), la claridad emocional (comprensión de las emociones propias) y la reparación emocional (capacidad de regular los estados de ánimo de manera adecuada)^{4,9,16-18}.

Este instrumento de medición autopercebida nos permite observar cómo las personas gestionan sus emociones y como integran esa información emocional en su forma de pensar y de actuar¹⁶⁻¹⁸.

Se ha elegido este cuestionario ya que en los últimos años ha sido la prueba de autoinforme mayormente utilizada (en el 67% de los casos) debido a su fiabilidad y fácil aplicación^{1,16-18}.

5.6 Análisis de los datos.

Las variables cualitativas se expresarán en frecuencias y porcentajes y las variables numéricas mediante medias y desviaciones típicas. En ambos casos se obtendrán intervalos de confianza para los correspondientes valores poblacionales.

Para la comparación de pares de medias se utilizará la prueba t de Student y para la comparación de más de dos medias se utilizará el Análisis de Varianza. Para estudiar la asociación entre parejas variables cualitativas se utilizará el test Test Chi-Cuadrado y entre parejas de variables numéricas el Test asociado al Coeficiente de Correlación de Pearson. Se considerarán estadísticamente significativos los p-valores <0.05 .

Los datos se analizarán con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.

5.7 Fortalezas y limitaciones.

Fortalezas.

- Estudio multicéntrico.
- El cuestionario utilizado en el estudio (TMMS-24) está validado y es uno de los más utilizados a la hora de medir la Inteligencia Emocional.

Limitaciones.

- Los resultados obtenidos no incluyen a las enfermeras con contratos eventuales, que suelen desarrollar su labor en dicho hospital durante largos periodos, pero no son incluidas en la investigación debido a las condiciones de sus contratos.
- En la Inteligencia Emocional influyen otros factores de manera significativa, como las enfermedades mentales, que no se consideran en este estudio.
- Debido a la pandemia del Coronavirus y el incremento de trabajo e incertidumbre provocada, no se ha podido realizar el Trabajo de Campo y se ha limitado a Proyecto de Investigación.

6 PLAN DE TRABAJO

Primeramente, para la puesta en marcha del proyecto de investigación, es necesario presentarlo a los diferentes Comités de Ética de cada Hospital para que den el aprobado y pueda iniciarse la investigación.

Tras la aprobación de los diferentes Comités, se acudirá a cada uno de los hospitales y se convocará una reunión de equipo con las supervisoras de los Servicios de Urgencias a finales de Marzo del 2021, en la cual se presentará el trabajo y se explicará su objetivo: en qué va a consistir el estudio, porqué es necesaria su participación y los beneficios derivados de ella. La convocatoria será transmitida a través de las supervisoras de cada unidad a las enfermeras de su equipo con la colocación de un cartel informativo en el control de enfermería y a través del email corporativo.

Para la recogida de datos, las supervisoras de cada unidad entregarán todos los documentos a las participantes:

- Carta de presentación: para que aquellas personas que no hayan acudido a la reunión puedan informarse sobre los objetivos del estudio.
- Consentimiento informado.
- Cuestionario sociodemográfico y laboral.
- TMMS-24.

Estos documentos serán entregados por la supervisora a las enfermeras el primer día de turno del ciclo a primera hora antes del cambio de turno. A parte, se les proporcionarán dos sobres. Uno, para la recogida de los consentimientos informados, garantizando así la confidencialidad de los datos y otro, para el resto de los documentos. Deberán rellenarlos y entregárselos a la supervisora de la manera indicada para ser archivados y analizados posteriormente. En caso de negativa por parte de las supervisoras a entregar los documentos a las enfermeras de unidad, será una de las investigadoras la que se encargará de realizarlo, procediendo de la misma manera.

Dispondrán de un mes y medio aproximadamente para la cumplimentación de los archivos para así dar tiempo a todos los turnos a rellenar los mismos.

A mediados de Mayo del 2021, se acudirá cada día a uno de los hospitales para la recolección de los datos de manera que, en varias semanas, se tendrá que haber recogido toda la documentación.

Cuando se tengan todos los datos se procederá a su análisis estadístico y comparación con otros estudios similares. Ya en el mes de Junio se obtendrán las conclusiones pertinentes y se valorará la necesidad de implantar talleres de Inteligencia Emocional.

Además, se planteará la posibilidad de publicar el artículo en la revista NURE.

6.1 Presupuesto de investigación.

- Medios de los cuales se disponen:
 - Medios humanos:
 - Tres enfermeras investigadoras.
 - Supervisoras de las diferentes unidades.
 - Medios materiales:
 - Sala de enfermería de los diferentes hospitales.
 - Ordenador.
 - Programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 24 para Windows.
- Medios necesarios:
 - Folios para la impresión de consentimientos informados, cartas informativas, cuestionario ad hoc sobre variables sociodemográficas y cuestionarios TMMS-24.
 - Sobres para archivar los diferentes documentos.
 - Bolígrafos para la cumplimentación de los diferentes documentos.
 - Gastos de transporte.

6.2 Consideraciones éticas.

Para llevar a cabo el proyecto será necesaria su presentación y aprobación por los diferentes Comités de Ética de los Hospitales.

Todas las personas que quieran participar en el proyecto deberán cumplimentar el consentimiento informado, el cual les informará sobre sus derechos en relación con el proyecto. Será el único documento en el que será necesaria la identificación personal (nombre y apellidos). Podrá revocarse en cualquier momento y sin ninguna consecuencia.

El estudio está realizado respetando la Ley de Protección de Datos y los siguientes Códigos Ético-Legales:

- Nuremberg – 1947.
- La Declaración de Helsinki de 1964 (64ª Asamblea General. Brasil, 2013) por la cual: en la investigación médica, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- Informe Belmont – 1978: teniendo en cuenta los principios de beneficencia, evaluando así los riesgos y beneficios del estudio, el de dignidad humana/

autonomía, el cual obliga a la cumplimentación de un consentimiento informado y aclara su completa voluntariedad y el de justicia a la hora de la selección de la muestra.

- Código Deontológico de la Enfermería Española. Capítulo XI: Educación e investigación de la Enfermería. Artículos 73, 74 y 75.

7 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El resultado de este trabajo permitirá conocer el nivel de Inteligencia Emocional de las enfermeras de Urgencias Hospitalarias de Valladolid, tanto de adultos como pediátricas mediante su medición a través del cuestionario Trait Meta-Mood Scale – 24.

Esta medición nos permitirá, asociar las diferentes variables sociodemográficas y laborales al nivel de Inteligencia Emocional, por un parte, y, por otra, valorar la necesidad de implantar talleres formativos en el caso de que el nivel de Inteligencia Emocional mostrado por las enfermeras de este servicio fuera menor al adecuado, según la puntuación de evaluación del cuestionario.

Además, conocer estos datos posibilitaría una mejora en la calidad de los cuidados y las relaciones interpersonales al dar acceso a los profesionales a una formación que fomentaría la gestión adecuada de las emociones y disminuiría considerablemente el agotamiento emocional y el estrés producido por las diversas situaciones que deben afrontar en su día a día laboral.

8 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN

Se plantea la posibilidad de llevar a cabo el proyecto a nivel nacional, eligiendo como población diana a todas las enfermeras de Urgencias Hospitalarias de España.

Otra posibilidad sería conocer la Inteligencia Emocional de todas las enfermeras de los Servicios de Urgencias de Valladolid: Hospitales, Emergencias y enfermeras de área.

Para su difusión, se enviará como artículo a la revista NURE.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrera Rodríguez MI, Garrido Arroyo MA (dir), Rebollo Catalán MA (dir). Competencias emocionales y rendimiento académico en Centros de Educación Primaria de la Red Extremeña de Escuelas de Inteligencia Emocional [tesis doctoral en Internet]. [Extremadura]: Universidad de Extremadura; 2017 [citado 22 de enero de 2020]. Recuperado a partir de: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/6034>
2. Vargas Castro CA, Posada Abril JL (dir). Revisión histórica del concepto de inteligencia. [trabajo final de grado en Internet]. [Cartagena]: Los Libertadores Fundación Universitaria; 2015 [citado 4 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repository.libertadores.edu.co/handle/11371/236>
3. Medina Hinojosa DJ, Robalino Muñoz RS, Cabezas Cabezas RF. Inteligencia Emocional y Liderazgo. Publicando [Internet]. 2016 [citado 22 de enero de 2020]; 3(7):417-427. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5833472>
4. Antonio-Agirre I, Esnaola I, Rodríguez-Fernández A. La medida de la Inteligencia Emocional en el ámbito psicoeducativo. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado [Internet]. 2017 [citado 28 de enero de 2020]; 88(31.1):53-64. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5980936>
5. O'Connor PJ, Hill A, Kaya M, Martin B. The measurement of Emotional Intelligence: A Critical Review of the Literature and Recommendations for Researchers and Practitioners. Front Psychol. 2019;10. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01116
6. Rodrigo-Ruiz D, Cejudo Prado J, Pérez-González JC. Compendio y Análisis de Medidas de Evaluación de la Inteligencia Emocional Capacidad. RIDEP. 2018;2(51):99-116. Doi: 10.21865/ridep51.2.08
7. Li C, Xu J. Trait Emotional Intelligence and Classroom Emotions: A Positive Psychology Investigation and Intervention Among Chinese EFL Learners. Front Psychol. 2019;10. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02453
8. Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Díaz Herrero A, García-Fernández JM, Inglés CJ. Perfiles de Inteligencia Emocional y Conducta Social en Adolescentes Españoles. Behavioral Psychology [Internet]. 2015 [citado 28 de enero de 2020]; 23(1):141-160. Recuperado a partir de:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57933/1/2015_Gazquez_etal_BehavioralPsychology.pdf

9. Fragoso-Luzuriaga R. Inteligencia Emocional y Competencias Emocionales en Educación Superior, ¿Un Mismo Concepto?. Rev. Iberoam. Educ. super. [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2020]; 6(16):110-125. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722015000200006
10. Goleman Daniel. Inteligencia Emocional. 24^o Edición. Barcelona: Editorial Kairós; 1996. P.11-16.
11. Gómez-Díaz M, Delgado-Gómez MS, Gómez-Sánchez R. Education, Emotions and Health: Emotional Education in Nursing. Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2017;237:492-498. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.095
12. Mesa Castro N. Influencia de la Inteligencia Emocional Percibida en la Ansiedad y el Estrés Laboral de Enfermería. Ene [Internet]. 2019 [citado 4 de marzo de 2020]; 13(3). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010
13. Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia Emocional y Manejo del Estrés en Profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias Hospitalarias. EC. 2017;27(3):172-178. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.02.007
14. López-Fernández C. Inteligencia Emocional y Relaciones Interpersonales en los Estudiantes de Enfermería. Educación Médica. 2015;16(1):83-92. doi: 10.1016/j.edumed.2015.04.002
15. Aguilar Vera YJ, Leonardo Vargas CS, Manrique Tovar FL (dir). Intervención de enfermería en la mejora de la inteligencia emocional en enfermeras(os) del servicio de emergencia. [tesis doctoral en Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019 [citado 26 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNAS/10770>
16. Angulo Rincón R, Albarracín Rodríguez AP. Validez y Confiabilidad de la Escala de Rasgo de Metaconocimiento Emocional (TMMS-24) en Profesores Universitarios. Lebret. 2018;(10):61-72. doi: 10.15332/rl.v0i10.2197

17. Espinoza-Venegas M, Sanhueza-Alvarado O, Ramírez-Elizondo N, Sáez-Carrillo K. A Validation of the Construct and Reliability 22otma Emotional Intelligence Scale Applied to Nursing Students. *Rev. Latino-Am.Enfermagem.* 2015;23(1):139-147. doi: 10.1590/0104-1169.3498.2535
18. Sánchez López MT, Megías Robles A, Gómez Leal R, Gutiérrez Cobo MJ, Fernández Berrocal P. Relación entre la Inteligencia Emocional Percibida y el Comportamiento de Riesgo en el Ámbito de la Salud. *Escritos de Psicología.* 2018;11(3):115-123. doi: 10.5231/psy.writ.2018.2712

10 ANEXOS

ANEXO I: CARTA INFORMATIVA

“Inteligencia Emocional de las enfermeras de los Servicios de Urgencias Hospitalarias de Valladolid”.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Paola Casero Diéguez.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Servicio de Urgencias Hospitalarias de Valladolid, tanto pediátricas como de adultos de los siguientes Hospitales: Hospital Universitario Río Hortega, Hospital Clínico Universitario, Hospital Comarcal de Medina del Campo, Hospital Sagrado Corazón, Hospital Campo Grande y Hospital Felipe II.

INFORMACIÓN GENERAL:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el Trabajo de Investigación al cual se le invita participar.

Esta información se proporciona con el objetivo de que usted valore y decida la posibilidad de participar o no en el estudio. Para ello es necesario que lea esta hoja informativa con atención y detenimiento.

PARTICIPACIÓN:

La participación en este trabajo es totalmente voluntaria. Para participar es necesaria la cumplimentación de un Consentimiento Informado. Si en algún momento quisiera revocar el consentimiento estaría en su total derecho y esto no tendría consecuencias de ningún tipo.

Para formar parte de este proyecto deberá cumplir algunos requisitos que se mostrarán a continuación:

Criterios de inclusión:

- Ser enfermera del Servicio de Urgencias de adultos del Hospital Clínico Universitario.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias de adultos de Hospital Universitario Río Hortega.

- Ser enfermera del Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Universitario Río Hortega.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital de Medina del Campo.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Campo Grande.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Ser enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Felipe II.
- Llevar más de 6 meses trabajados en el Servicio de Urgencias de cualquiera de los hospitales citados con anterioridad.

Criterios de exclusión:

- Otro tipo de personal, ya sean estudiantes de prácticas, TCAEs, médicos u otros profesionales que no sean enfermeras.
- Enfermeras que hayan trabajado menos de 6 meses en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Enfermeras que se encuentren de baja durante el periodo de recolección de datos.
- Enfermeras que se encuentren de vacaciones durante el periodo de recolección de datos.
- Enfermeras que se encuentren de excedencia.
- Enfermeras que tengan contratos de media jornada o menos.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Este trabajo va dirigido a las enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias Hospitalarias de todo Valladolid, ya sea en ámbito público como en el privado.

El objetivo es medir la Inteligencia Emocional de estas enfermeras mediante la proporción de dos cuestionarios. El primero será de tipo sociodemográfico y laboral. En él se verán reflejadas preguntas de tipo personal (sexo, edad, nº de hijos...). Está compuesto de 9 ítems y se tarda de 2 a 3 minutos en cumplimentar. El segundo será un cuestionario validado que nos permitirá medir el nivel de Inteligencia Emocional de cada uno de los participantes. Está compuesto de 24 ítems y puede llevar hasta 10 minutos cumplimentarlo. Ambos cuestionarios serán completamente anónimos.

RIESGOS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

La participación en el estudio no conllevará ningún riesgo (físico ni mental), ya que solamente se necesita la cumplimentación de varios documentos.

Por otro lado, supondrá un beneficio ya que se conseguirá conocer el nivel de Inteligencia Emocional de las enfermeras, no individualmente, pero si de manera colectiva, lo que supondrá un análisis posterior y la valoración de la necesidad de impartir talleres que ayuden a mejorarla.

CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

SERVICIO: Urgencias

INVESTIGADOR RESPONSABLE: PAOLA CASERO DIÉGUEZ

TELÉFONO DE CONTACTO: 656253531 **EMAIL:** casero.diequez@hotmail.com

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DE VALLADOLID

VERSIÓN DE DOCUMENTO: WORD 8

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

Este trabajo va dirigido a las enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias Hospitalarias de todo Valladolid, ya sea en ámbito público como en el privado.

El objetivo es medir la Inteligencia Emocional de estas enfermeras mediante la proporción de dos cuestionarios. El primero será de tipo sociodemográfico y laboral. En él se verán reflejadas preguntas de tipo personal (sexo, edad, nº de hijos...). Está compuesto de 9 ítems y se tarda de 2 a 3 minutos en cumplimentar. El segundo será un cuestionario validado que nos permitirá medir el nivel de Inteligencia Emocional de cada uno de los participantes. Está compuesto de 24 ítems y puede llevar hasta 10 minutos cumplimentarlo. Ambos cuestionarios serán completamente anónimos.

Los resultados de estos estudios podrán ayudar a aumentar la formación en Inteligencia Emocional dentro del personal de los Servicios de Urgencias.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

- A) Su participación es totalmente voluntaria.
- B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.
- C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio.
- D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.
- E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según la legislación vigente.
- F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, **Paola Casero Diéguez**. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no queda satisfecho.
- G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIm (Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos).
- H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. Recibe/recibirá.
- I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. Tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

J) Sólo si Vd. Lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio: NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS DE VALLADOLID.

Yo, _____

(Nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con **Paola Casero Diéguez.**

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al participante nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

PAOLA CASERO DIÉGUEZ



FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

ANEXO III: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

CUESTIONARIO AD HOC SOBRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

1.Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

2.Edad:

- a) De 22 a 25
- b) De 26 a 30
- c) De 31 a 35
- d) De 36 a 40
- e) De 41 a 45
- f) De 46 a 50
- g) De 51 a 55
- h) De 56 a 60
- i) De 60 a 65
- j) De 66 a 70

3.Estado civil:

- a) Soltero/a
- b) Pareja de hecho
- c) Casado/a
- d) Divorciado/a
- e) Viudo/a

4.Número de hijos:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) Más de 3

5.¿Tiene personas mayores a su cargo?

- a) Sí.
- b) No

6. Tiempo total trabajado como enfermera:

- a) Menos de 5 años.
- b) 5 a 10 años.
- c) 11 a 15 años.
- d) 16 a 20 años.
- e) 21 a 25 años.
- f) 26 a 30 años.
- g) 31 a 35 años.
- h) 36 a 40 años.
- i) 41 a 45 años.

7. Tiempo total trabajado en el Servicio de Urgencias:

- a) Menos de 6 meses.
- b) 6 meses a 5 años.
- c) 6 a 10 años.
- d) 11 a 15 años.
- e) 16 a 20 años.
- f) 21 a 25 años.
- g) 26 a 30 años.
- h) 31 a 35 años.
- i) 36 a 40 años.
- j) 41 a 45 años.

8. ¿En qué Servicio de Urgencias trabajas?

- a) Urgencias de Adultos del Hospital Universitario Río Hortega.
- b) Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Río Hortega.
- c) Urgencias de Adultos del Hospital Clínico Universitario.
- d) Urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario.
- e) Urgencias del Hospital de Medina del Campo.
- f) Urgencias del Hospital Sagrado Corazón.
- g) Urgencias del Hospital Campo Grande.
- h) Urgencias del Hospital Felipe II.

9. Tipo de turno:

- a) Mañanas fijas.
- b) Tardes fijas.
- c) Mañanas y tardes.
- d) Turno antiestrés con una noche.
- e) Turno antiestrés con dos noches.
- f) Noches.
- g) Cubre turno.

ANEXO IV: TMMS-24

TRAIT META MOOD SCALE – 24

Instrucciones:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. **No hay respuestas correctas o incorrectas.** No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

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

ANEXO V: CRONOGRAMA

Tabla 3: Cronograma 1.1.

ACTIVIDADES	DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				MARZO					
	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	
APROBACIÓN COMITÉS ÉTICA																				
PRUEBA PILOTO																				
REUNIÓN DE EQUIPO																				
RECOGIDA DE DATOS																				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO																				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES																				
DIVULGACIÓN RESULTADOS																				

Fuente: Elaboración propia. *S: Semana.

Tabla 4: Cronograma 1.2.

ACTIVIDADES	ABRIL					MAYO						JUNIO				
	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S1	S2	S3	S4	S5
APROBACIÓN COMITÉS ÉTICA																
PRUEBA PILOTO																
REUNIÓN DE EQUIPO																
RECOGIDA DE DATOS																
ANÁLISIS ESTADÍSTICO																
RESULTADOS Y CONCLUSIONES																
DIVULGACIÓN RESULTADOS																

Fuente: Elaboración propia. *S: Semana.

ANEXO VI: TABLA DE PRESUPUESTOS

Tabla 5: Presupuesto de investigación.

PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN	
Fotocopias	0,03cent/ud → 50€
Sobres	0,05cent/ud → 20€
Bolígrafos	0,28cent/ud → 14€
Viajes (reuniones con supervisión, realización prueba piloto...)	50€
TOTAL: 134€	

Fuente: Elaboración propia.