

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

Evaluación del Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida del Participante en la Estrategia ABC en Obstetricia en los Servicios de Salud de Sonora

Que para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de la Salud

PRESENTA

Beatriz Elena Beltrán Jiménez

Hermsillo, Sonora, Marzo de 2008

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de **Beatriz Elena Beltrán Jiménez**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.

Dr. José Víctor Tovar Guzmán
Director Académico

Dra. Miriam Domínguez Guedea
Secretaria

Dr. Rogelio Ortiz Acosta
Vocal

Dr. Armando Burgos Hernández
Suplente

AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi agradecimiento al Dr. Guillermo Valencia y al Dr. Baldemar Corral Villegas, por la oportunidad que se me brindó para poder ingresar al Programa de Maestría en Ciencias de la Salud, que creyeron indiscutiblemente en la Estrategia ABC en Obstetricia, y dieron todo su apoyo para su realización.

Para la Dra. Ma. del Carmen Candia, por su compromiso con el Programa de Maestría en Ciencias de la Salud, que me permitió crecer como investigadora.

Mi agradecimiento a mi director de Tesis el Dr. Víctor José Tovar Guzmán, por su apoyo permanente y su acompañamiento durante este proceso.

Para Miriam Domínguez Guedea, que de manera desinteresada y comprometida se tomó el trabajo de leer mi Tesis y hacerme valiosos aportes.

A Miriam Padilla González, por su apoyo incondicional en el proceso de evaluación del material, siempre cooperadora y dadora, gracias.

Y a cada uno de los participantes de la Estrategia ABC en Obstetricia, que de manera tan desinteresada aceptaron cumplimentar cada uno de los cuestionarios.

DEDICATORIAS

Para Rogelio, mi gran amor, mi mejor maestro, mi amigo, pero sobre todo mi amado esposo, por tu paciencia y comprensión en esas noches que me necesitabas junto a ti y yo tenía que trabajar, por todo tu apoyo para mi crecimiento personal, por tu amor ilimitado, gracias, todo mi amor, por siempre.

Para Luz Beatriz, mi amada hija, que con tu gran Inteligencia Emocional, fuiste capaz de decirme cuando necesitabas de mí, en esas ocasiones en que yo me embebecía con el trabajo, gracias por tu paciencia.

Para mi papá, como con tu ejemplo me enseñaste a trabajar incansablemente, buscando ser siempre mejor, esperando que te sientas orgulloso de mí, al igual que yo estoy orgullosa de ti.

A mi mamá, por tanto amor incondicional, ese amor que acompaña, que acepta, que cuida y que da, sin esperar nada a cambio, eso me ha permitido ser mejor, gracias.

A mis hermanos, con amor profundo, de la misma manera a toda mi familia.

INDICE

	Página
APROBACIÓN DEL TRABAJO.....	
AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
ÍNDICE	iv
LISTA DE TABLAS	vii
OBJETIVO GENERAL	ix
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	4
Inteligencia Emocional	
Habilidades básicas de la Inteligencia Emocional.....	10
Inteligencia Emocional en el trabajador de la salud.....	13
Desgaste Laboral o Burnout.....	18
Dimensiones del Burnout.....	20
Etapas en el proceso del burnout.....	22
Factores implicados en el Burnout.....	23
Consecuencias del Burnout.....	25
Sentido de Vida.....	27
Caminos para encontrar el Sentido de Vida.....	30
El Sentido de Vida en la profesión médica.....	33
METODOLOGÍA	36
Diseño.....	36
Muestra.....	36
Participantes.....	36
Criterios de Inclusión.....	37

Criterios de Exclusión.....	37
Criterios de Eliminación.....	37
Procedimiento.....	37
Análisis de los datos.....	37
Instrumentos de Medición.....:	38
Cuestionario de Inteligencia Emocional.....	38
Inventario de burnout de Maslach (MBI).....	40
Logotest de Elisabeth Lukas.....	42
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
Distribución de la Población.....	44
Estadísticos Descriptivos.....	46
Resultados de Inteligencia Emocional.....	48
Análisis de Asociación en los resultados de Inteligencia Emocional y Variables Sociodemográficas.....	52
Análisis de Correlación r de Spearman entre las diferentes escalas de Inteligencia Emocional.....	57
Resultados de Desgaste Laboral.....	59
Estadística descriptiva de las frecuencias y clasificación de Desgaste Laboral por escalas.....	59
Análisis de Asociación en los resultados de Desgaste Laboral y Variables Sociodemográficas.....	61
Análisis de Correlación r de Spearman entre las diferentes escalas de Desgaste Laboral.....	63
Resultados de Sentido de Vida.....	65
Estadística descriptiva de las frecuencias y clasificación de Sentido de Vida.....	65
Estadística descriptiva, de las frecuencias y la clasificación de Sentido de Vida en sus tres escalas.....	67
Correlación r de Spearman entre las escalas de Sentido de Vida.....	69

Correlación r de Spearman entre las escalas de Desgaste Laboral e Inteligencia Emocional.....	71
Correlación r de Spearman entre las escalas de Sentido de Vida e Inteligencia Emocional.....	75
Correlación r de Spearman entre las escalas de Sentido de Vida y Desgaste Laboral.....	78
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	86

LISTA DE TABLAS

Tabla I. Estadística descriptiva, frecuencia de la distribución de la población.....	45
Tabla II. Estadísticos descriptivos de las escalas de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de vida.....	47
Tabla III. Estadística descriptiva, de la clasificación y frecuencia de Inteligencia Emocional.....	49
Tabla IV. Análisis de asociación de X^2 de inteligencia emocional y variables sociodemográficas.....	53
Tabla V. Análisis de asociación de X^2 entre las escalas de inteligencia emocional y variables sociodemográficas.....	55
Tabla VI. Análisis de correlación r de Spearman entre las escalas de Inteligencia Emocional.....	58
Tabla VII. Estadística descriptiva de la frecuencia en la clasificación de Desgaste Laboral por escalas.....	60
Tabla VIII. Análisis de asociación de X^2 entre las escalas de Desgaste Laboral y variables sociodemográficas.....	62
Tabla IX. Correlación r de Spearman entre las escalas de Desgaste Laboral.....	64
Tabla X. Estadística descriptiva, frecuencia de la clasificación de sentido de vida.....	66
Tabla XI. Estadística descriptiva de las frecuencias y clasificación de sentido de vida en sus tres escalas.....	68
Tabla XII. Correlación r de Spearman entre las escalas del de sentido de vida.....	70
Tabla XIII. Correlación r de Spearman entre las escalas de desgaste laboral e inteligencia emocional.....	72

Tabla XIV. Correlación r de Spearman entre las escalas de sentido de vida e inteligencia emocional.....	76
Tabla XV. Correlación entre las diferentes escalas de sentido de vida y desgaste laboral.....	79

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida del personal que participa en la Estrategia ABC en Obstetricia, en los Servicios de Salud de Sonora

Hipótesis de Investigación

Las variables sociodemográficas influyen en la Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida

RESUMEN

Evaluación del Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida del Participante en la Estrategia ABC en Obstetricia

Autor:

Lic. Beatriz Elena Beltrán Jiménez

Objetivo:

Evaluar el Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida del personal que participa en la Estrategia ABC en Obstetricia, en los Servicios de Salud de Sonora

Material y Métodos. En el presente estudio se evaluó el Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de vida, Se realizaron 7 eventos de capacitación, participaron 234 sujetos, vinculados al manejo del embarazo, atención del parto y puerperio. La aplicación de las Pruebas se realizó al momento de iniciar el evento de capacitación, previo consentimiento informado.

El tipo de estudio fue observacional, transversal, descriptivo y correlacional. En el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia, pruebas de asociación χ^2 y medidas de correlación (r de Spearman).

Resultados: Existe asociación entre Profesión e Inteligencia Emocional ($p=0.000$), el nivel más bajo en Inteligencia Emocional lo tiene Enfermería, los divorciados manifiestan ciertos impedimentos en la capacidad para expresar sus emociones ($p=0.024$), las personas en el rango de edad de 18 a 29 años se encuentran más vulnerables en su habilidad para reconocer sus posibilidades personales para solucionar un problema, y con dificultad para luchar para alcanzar sus metas ($p=0.047$). Se encontró asociación en la

Escala de Despersonalización y Edad ($p=0.038$); observándose que el puntaje más alto se presenta en el rango de edad de 18 a 29 años. En la Escala de Realización Personal y profesiones se obtuvo una ($p=0.023$), siendo el área de enfermería quienes presentan los niveles más bajos de realización. Al aumentar la Ausencia de Sentido de Vida, disminuye la Creatividad ($p=0.0016$), Perspectiva ($p=0.0392$), a la persona se le dificulta hacer frente al sufrimiento y a la adversidad.

Conclusiones:

El trabajo en salud se caracteriza por un intercambio de emociones, tanto del usuario como el profesional.

Al conocer cómo maneja y gestiona sus emociones el trabajador de la salud, hace necesario implementar espacios que faciliten la autorreflexión y toma de conciencia de su quehacer, para ejercer de manera más adecuada su profesión, favoreciendo vínculos con los pacientes, como lo pretende la Estrategia ABC en Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación surge ante la revisión, discusión y análisis de los casos de muerte materna presentados en el Estado de Sonora durante el periodo 2004-2007, en donde participa el Departamento de Capacitación de los Servicios de Salud de Sonora al cual pertenezco.

Según Ana Langer, en la actualidad con los recursos científicos con que contamos permitirían evitar más del 90% de la mortalidad materna, por lo que resulta imperdonable que estas continúen ocurriendo (Langer, 1994).

Si bien existe abundante información científica sobre las causas de la mortalidad materna, tanto a nivel nacional como internacional, en todos ellos se encuentra una característica en común: el enfoque eminentemente médico-biológico del deceso, señalando cuales son las causas más comunes, la hemorragia, la sepsis y la preclampsia-eclampsia, entre otros. Dejando de lado diferentes determinantes que pueden estar vinculados, como lo es el recurso humano, la participación del personal de salud en dicho evento, y si estos se pueden convertir en un factor de riesgo en la atención de la mujer embarazada, no con el afán acusatorio, ni tratando de buscar culpables, sino para propiciar una reflexión que permita tomar conciencia de que pueden existir otras circunstancias, además de las biológicas que logren ser consideradas

El realizar ésta investigación se encuentra íntimamente relacionado con mi formación como profesional, el ser psicóloga y tener estudios de psicoterapia guesalt me ha permitido visualizar de una manera integral el proceso de atención en salud de la mujer embarazada, sabiendo que están indudablemente asociado los factores biológicos, los sociales, pero también se encuentra involucrado el trabajador de la salud, su estado emocional, a quien en muchas de las ocasiones se le deja de fuera en los análisis realizados.

Precisamente el objetivo de esta investigación es aportar nuevos datos, que nos permita revisar como se halla el estado emocional del trabajador de la salud, cómo gestiona sus emociones, cuál es la salida que les da, si se encuentra agotado, despersonalizado o cuenta con una realización profesional, cuál es el significado de su trabajo, de la relación con los otros y cómo afronta el sufrimiento o los golpes de la vida, ya que todo esto es muy posible que pueda impactar en la calidad de la atención y los servicios que presta a la mujer embarazada, la atención de su parto y el puerperio.

La estructura del trabajo se organiza de la siguiente manera: Una primera parte consta de antecedentes que nos exponen como los recursos humanos del sistema de salud son claves para el buen funcionamiento del mismo, y que es sumamente importante facilitar su crecimiento personal, es decir su desarrollo humano para que se reconozca a sí mismo como persona y como profesional.

En el siguiente apartado, se contempla lo que es la Inteligencia Emocional, entendida ésta como la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y de los demás. Se realiza una revisión sobre el impacto que puede tener en el trabajador de la salud al contar o no con esta habilidad.

Posteriormente se aborda el concepto de Desgaste Laboral o Burnout, siendo éste la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés en la actividad laboral, que se presenta en personas que prestan servicios asistenciales, revisando en que consisten sus dimensiones, etapas, factores implicados y consecuencias.

Consecutivamente se muestra lo que es el Sentido de Vida, es decir, como el hombre busca encontrar el significado de su vida. Entendiendo que el Sentido de Vida se da como parte de un proceso de construcción personal, es una señal que nos orienta y le va dando valor a nuestra vida. El desconocimiento del Sentido de Vida en el trabajador de la salud puede ocasionar graves problemas personales, sociales y laborales, por lo que se realiza una revisión que nos clarifica la importancia de encontrar ese Sentido de Vida.

Posteriormente se detalla la metodología empleada en nuestra investigación, el tipo de estudio, características de la muestra, análisis estadístico empleado, instrumentos de medición.

En la siguiente sección se realiza la presentación y discusión de los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos de los instrumentos de medición empleados, las asociaciones y correlaciones existentes.

Por último, se muestran las conclusiones y recomendaciones generales a partir de los objetivos planteados, lo cual nos permite ratificar nuestra postura sobre la importancia de identificar el estado emocional del trabajador de la salud.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Se emplea el término de Mortalidad Materna para designar a las mujeres que mueren durante el embarazo, parto y puerperio, así como las defunciones que ocurren entre la concepción y hasta 42 días después del parto (OMS, 2004).

En el Estado de Sonora, durante el año 2007 acontecieron 21 muertes maternas de acuerdo a datos obtenidos de la Dirección de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud de Sonora, ante la ocurrencia de una muerte materna, se reúne el comité de mortalidad materna, analiza el proceso de atención, establece cuáles han sido los pasos de dicho proceso, y realizan recomendaciones con el fin de solucionar los problemas detectados. Realizando este análisis sistemático, regular y minucioso de estos eventos adversos, constituye el primer paso para su prevención,

Una muerte materna es una verdadera tragedia: implica la desaparición de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse, y condena a la orfandad a niños pequeños. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo (Langer, 1994).

Hoy día se sabe que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los

servicios de salud, pues muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Esta multiplicidad de factores de riesgo asociados a ellas no sólo complejizan las acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas sino que, además, dificultan los resultados esperados (Lozano, 1994).

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres mexicanas por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja (Díaz, 2006).

Diversos estudios nos señalan que las causas que subyacen a una muerte materna son de carácter médico, presentándose los fallecimientos por factores relacionados con el embarazo, parto o puerperio, como la hemorragia obstétrica, preeclampsia/eclampsia, infección puerperal, aborto y parto obstruido. (Hernández y col. 1994; Díaz, 2006; Velasco y col. 2006; Cáceres y col. 2007; Karam y col. 2007)

El enfoque para tratar de resolver la muerte materna continúa siendo básicamente médico, biologicista, es decir, considerando las causas clínicas y sin tomar en cuenta otros determinantes que pueden estar vinculados, en particular los de tipo social y económico. (Karam y col. 2007).

Todo lo anterior nos señala que se cuenta con evidencias claras sobre los diversos aspectos que pueden intervenir en una muerte materna, buscando referencias y estudios científicos, en ninguno de ellos se menciona de que manera puede estar incidiendo el estado emocional del personal de

salud que labora en el manejo del embarazo, atención del parto y puerperio, ¿cómo se encuentra emocionalmente? ¿Puede ello impactar en la atención que prestan a la mujer embarazada? ¿Se puede convertir en un factor de riesgo?

Los médicos y enfermeras encuentran que toda la tecnología y los recursos económicos invertidos en la medicina curativa, no siempre logran alcanzar los resultados y se sienten insatisfechos. Se ven continuamente desacreditados ante la imposibilidad de obtener soluciones positivas ante ciertos padecimientos. Por otra parte, les cuesta trabajo manejar el dolor, la muerte y el esquema de autoridad y responsabilidad que recae en ellos cuando atienden a cierto tipo de usuario, el estrés al que se ven sometidos en su trabajo, muchas veces los lleva inconscientemente a padecer problemas familiares y emocionales. Mientras que, por otro lado, los usuarios se quejan de no encontrar en los médicos y enfermeras la calidad humana y el apoyo que necesitan (Programa Arranque Parejo, 2002).

Los prestadores de servicios de salud, cuya labor implica trabajar con personas, requieren asumir la naturaleza humana de quien está solicitando el servicio, en este caso la mujer embarazada, porque no es un caso clínico, un expediente, una cama, sino una persona con particularidades, necesidades y características muy propias, igual que nosotros mismos (Ibíd.).

Es por ello que es necesario tomar en cuenta la salud emocional y física del propio prestador de servicios de salud, ya que entonces nuestros trabajadores serán los primeros interesados en capacitarse para alcanzar su desarrollo integral.

Los recursos humanos, las diferentes clases de trabajadores clínicos y de apoyo, son los insumos más importantes del sistema de salud. El sistema de salud dependerá, en última instancia, de los conocimientos, las

aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios (OMS, 2000).

Cuando la formación y la capacitación de médicos y de personal de enfermería son deficientes, o cuando los profesionales más experimentados carecen de tiempo o recursos suficientes para actualizar sus conocimientos y aptitudes, cabe esperar deficiencias futuras (OMS, 2004).

Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones en la organización (Gil-Monte, 2001).

Históricamente, las emociones han sido consideradas como dimensiones psicológicas “negativas” que se debían reprimir, eliminar o desfogar. Ahora, sin embargo, se plantea la posibilidad de verlas en positivo y aprovecharlas para orientar el comportamiento (Zaccagnini, 2006).

A continuación se realiza una revisión sobre los aspectos emocionales que fueron evaluados en el personal vinculado al manejo, control del embarazo, atención del parto y puerperio.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Fue durante la Primera Guerra Mundial cuando la medición de las habilidades intelectuales se comenzó a utilizar como un predictor del desempeño de una persona. Sin embargo, se ha observado que el coeficiente intelectual no predice adecuadamente el desempeño académico o laboral: muchas personas con un coeficiente intelectual alto fracasan en los aspectos sociales y prácticos de la vida (Cortés y col., 2002).

Se nos ha señalado que los aspectos intelectuales no son condición suficiente para alcanzar el éxito en la vida cotidiana. Lo que confluente con los trabajos en psicología que limitan la capacidad del Cociente Intelectual a un 20% para explicar el éxito en el ámbito laboral (Sternber y col., 1996).

La inteligencia racional, académica, con la que estamos más familiarizados, ofrece una oportunidad parcial para abordar las diversas oportunidades que acarrea la vida. Un alto rendimiento académico no es suficiente para garantizar prosperidad, prestigio, ni felicidad en la vida (Arboleda y col., 2000).

Dentro del campo de la psicología, la razón y la emoción han sido estudiadas de manera independiente. Corrientemente vivimos argumentos racionales sin hacer referencia a las emociones porque ellos y las acciones tienen un fundamento emocional y creemos que tal condición sería una limitación a nuestro ser racional (Maturana, 1997).

Las emociones inducen a la acción y a la comunicación con el entorno, e integradas con los aspectos emocionales hacen más competente al individuo (Clèries y col., 2002).

Se puede decir que el desarrollo emocional marcó el camino del desarrollo cognitivo, y es curioso destacar, como la adquisición de las habilidades de relación social entre las personas quedó íntimamente vinculada a las habilidades de planificación y toma de decisiones, junto con las expresiones de sentimientos y actitudes. Nos humanizamos porque nos relacionamos. En este sentido, la relación interpersonal posibilita el desarrollo de las máximas potencialidades de expresión humana, aunque también puede hacer surgir lo más ancestral y primitivo que llevamos dentro (Ibíd.)

La Inteligencia Emocional pone de manifiesto que la inteligencia es algo más que el cociente intelectual (CI) y las habilidades o capacidades académicas. Hay un grupo de habilidades entre las que se destacan las sociales y prácticas que, aunque poco relacionadas con la inteligencia académica, constituyen la clave de por qué no siempre el éxito que una persona pueda alcanzar en su vida se corresponde con un CI elevado (Bermúdez y col., 2003; Gohm y col., 2005).

La Inteligencia Emocional fue formalmente definida en 1990 como una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y la de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos (Salovey y col., 1990).

Actualmente, una de las definiciones de Inteligencia Emocional más ampliamente aceptada en la comunidad científica es aquella que incluye la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y de los demás (Mayer y col., 1997; Fernández-Berrocal y col., 2006).

Habilidades Básicas de la Inteligencia Emocional

El modelo teórico de la Inteligencia Emocional está compuesto por cuatro habilidades básicas (Salovey y col., 1997):

1. **Percepción, evaluación y expresión de las emociones.** La percepción emocional es la habilidad para identificar y reconocer cómo te sientes, tanto tú, como aquellos que te rodean. Implica prestar atención y decodificar exactamente las señales emocionales de nuestra expresión facial, movimientos corporales y tono de voz. El desarrollo adecuado de esta primera habilidad es de gran importancia sobre las demás ya que una adecuada evaluación y regulación emocional comienza por atender las expresiones emocionales. Además, la percepción intrapersonal también muestra relaciones con la habilidad para evaluar las emociones de los demás.
2. **Asimilación o facilitación emocional.** Implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando realizamos procesos de razonamiento o solución de problemas. Esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y cómo nuestros estados afectivos ayudan a toma de decisiones más efectivas y acciones de tipo creativo. También ayudan a atender y priorizar nuestros procesos cognitivos básicos hacia lo

que es realmente importante y, en función de nuestros estados emocionales, variamos nuestra visión de las cosas y los puntos de vista, incluso mejorando nuestro pensamiento creativo.

3. **La comprensión emocional.** Implica la habilidad para saber desglosar el amplio repertorio interrelacionado y complejo de señales emocionales, saber etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Además, implica una actividad tanto anticipatorio como retrospectiva para conocer las causas generadores y las futuras consecuencias de nuestras acciones. Finalmente, la comprensión emocional supone conocer cómo se combinan los diferentes estados emocionales, y entender sus cambios a lo largo del tiempo.

4. **La regulación emocional.** Es la habilidad más compleja de la Inteligencia Emocional. Abarca el manejo de nuestro mundo intrapersonal y la capacidad para regular las emociones. Implica llevar a cabo diversas estrategias para modificar los sentimientos y posteriormente evaluar la efectividad de dichas estrategias. Implica la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos, reflexionar sobre los mismos para determinar si la información que los acompaña es útil sin reprimirla ni exagerarla, además incluiría la regulación emocional de nuestras propias emociones (Extremera y col., 2004; Fernández-Berrocal y col., 1999a).

Existen diferencias en cuanto a la Inteligencia Emocional de las personas con respecto a su capacidad para atender sus sentimientos, comprenderlos de manera adecuada, e incluso modificar sus estados de ánimo desagradables, o bien mantener los positivos durante más tiempo (Fernández-Berrocal y col., 1999b).

Estas Habilidades emocionales se consideran predictivas de un mejor afrontamiento ante los sucesos vitales cotidianos y de mayores niveles de bienestar y ajuste psicológico (Extremera y col., 2005; López y col., 2006; Romanelli y col., 2006).

La Inteligencia Emocional plantea una nueva visión en el estudio de las emociones las cuales han pasado de ser elementos perturbadores de los procesos cognoscitivos a considerarse fenómenos vitales del ser humano que proporcionan información útil para solucionar nuestros problemas cotidianos. Más aún, desde este acercamiento se considera que el uso inteligente de nuestras emociones puede ayudar en la regulación de nuestra adaptación psicológica y física (Extremera y col., 2004a).

Una persona no puede diferenciar entre las emociones si primero no las atiende y no podrá repararlas o manejarlas eficazmente a menos que sepa cuales son. (Fernández-Berrocal, 1999b)

Así mismo, una persona con baja claridad emocional, que está confundida sobre sus emociones, es más probable que realice reacciones impredecibles, y a menudo problemáticas, ante situaciones emocionales. (Gohm y col., 2002b; Gohm y col., 2001)

Las personas que saben lo que están sintiendo serían más habilidosas para tratar sus problemas emocionales y, por consiguiente, experimentar mayor bienestar emocional comparado con las personas que tienen menos claridad en sus emociones. Así mismo, las personas que fácilmente identifican una emoción específica durante situaciones de estrés pasarán menos tiempo atendiendo sus reacciones emocionales, invirtiendo además menos recursos cognitivos, lo cual les permitirá evaluar las alternativas de acción, mantener sus pensamientos en otras tareas, o bien llevar a cabo estrategias de afrontamiento más adaptativas (Gohm y Col., 2000; Gohm y col., 2002; Gohm y col., 2002b; Gohm y col., 2001; Gohm, 2003).

Las personas emocionalmente inteligentes no sólo serán más hábiles para percibir, comprender y manejar sus propias emociones, sino también serán más capaces de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo a las emociones de los demás (Extremera y col., 2004b; Licea y col., 2002).

Inteligencia Emocional en el trabajador de la salud.

La relación asistencial se caracteriza por una suma importante de emociones, tanto concernientes al paciente como al propio profesional de la salud. La relación profesional-paciente esta dada por elementos subjetivos intrapsíquicos y fenomenológicos que hacen necesaria las competencias emocionales y de desarrollo personal en el trabajador de la salud para ejercer de manera adecuada su profesión (Clèries y col., 2002).

Para ser un buen profesional y cuidador es básico trabajar la capacidad para gestionar los propios sentimientos y emociones de forma adaptativa e inteligente. Este conjunto de habilidades forma parte del concepto de Inteligencia Emocional. Sólo se puede dar a otro lo que uno es y sabe darse a sí mismo (Conangla, 2004).

El predominio del enfoque racional y biofísico de la medicina tradicional no es suficiente para abordar las demandas de los pacientes, porque dejan de lado el aspecto emocional que va unido a los trastornos que presentan. Centrarse preferentemente en los síntomas físicos y relegar a un segundo plano aquellas vivencias más íntimas, de diferente intensidad del paciente, equivale a descuidar importantes fuerzas que actúan en la relación

establecida por el profesional, que intervienen con mayor o menor influencia en el resultado final. Si a todo esto sumamos los aspectos emocionales del profesional, que inciden en la forma de comunicación con el paciente y en su capacidad para tomar decisiones, se pone de relieve la influencia del aspecto emocional sobre el racional, sobre las motivaciones más íntimas y sobre las actitudes (Clèries y col., 2002).

Tanto los médicos como los psicólogos se han ocupado algo de las emociones del paciente y sus familiares, pero han obviado reiteradamente sus propias emociones. En todas las entrevistas se generan emociones positivas y negativas en los dos lados de la mesa. Los profesionales de la salud deberían estar entrenados en manejar las emociones de los pacientes y allegados, pero sobre todo, deberían vencer el pudor de hablar de sus propias emociones para poder gestionarlas y favorecer los vínculos con los pacientes. Los médicos y los psicólogos deberíamos desarrollar nuestra capacidad para manejar las emociones propias y ajenas (Modolell y col., 2004).

Los profesionales de la salud, al trabajar con personas, ponen en juego más aspectos personales de los que generalmente se piensa, sobre todo a escala emocional, puesto que en muchas ocasiones no se puede evitar que el profesional quede afectado por las diferentes situaciones que presentan los pacientes. Las emociones que se viven asociadas a algunos momentos terapéuticos no son ajenas a la propia historia personal y tienen mucho que ver con la forma de afrontar la profesión, con la concepción que se tiene de uno mismo como profesional, con el particular estilo de trabajo y con el significado que se otorga al hecho de ser profesional de la salud (Clèries y col., 2002).

La constatación de las emociones permite acceder a las necesidades, intereses y expectativas más íntimas de los actores de la relación asistencial: ayuda a conocer el concepto que el profesional tiene de

sí mismo, del otro y de la situación en común; hace posible determinar los significados que cada uno otorga a los acontecimientos, facilitando la comprensión del caso (Clèries y col., 2002).

El problema surge cuando el personal médico pasa por alto la forma en que los pacientes reaccionan a nivel emocional, incluso mientras se ocupan de su estado físico. Este descuido por la realidad emocional de la enfermedad deja de lado un conjunto creciente de pruebas que demuestran que los estados emocionales de las personas pueden jugar a veces un papel significativo en su vulnerabilidad ante la enfermedad y en el curso de su recuperación. Los cuidados médicos modernos a menudo carecen de Inteligencia Emocional (Goleman, 1995).

La relación entre el profesional de la salud y su cliente es una relación entre dos personas y, por tanto, está sujeta a los mismos condicionantes que toda relación humana. Además de ser una profesión y una fuente de ingresos, trabajar con personas proporciona satisfacciones emocionales cuando se consiguen las metas terapéuticas marcadas. Las emociones positivas son, por lo general, satisfacción por el trabajo bien realizado y sana autoestima. Pero también puede producir insatisfacciones y generar emociones negativas, ya que las situaciones en las que no se consiguen las metas son relativamente numerosas. La aparición de estas emociones negativas suele llevar a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento del trabajo, que puede hacerse extensiva a la calidad de vida personal (Clèries y col., 2002).

En el ámbito organizacional, existen evidencias que la Inteligencia Emocional podría jugar un papel importante como recurso de la persona para afrontar su situación laboral. Puesto que el estrés laboral es considerado una reacción emocional negativa, la Inteligencia Emocional se considera un factor protector que disminuye el riesgo de padecer estrés

laboral o actitudes negativas (Brown y col., 2000; Durán y col., 2004; Limoner y col., 2004).

El fomento del desarrollo emocional del profesional sanitario no sólo debe favorecerse en el ámbito personal, también forma parte de grupos, de organizaciones y de la misma sociedad, pero a estos niveles no se ha instaurado aún una cultura de lo emocional dirigida a encontrar, de forma auténtica, el mutuo entendimiento, la solidaridad, la cooperación y la tolerancia (Clèries y col., 2002).

Se ha encontrado que los trabajadores de la salud que tienen sus emociones poco claras también presentan más sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia los usuarios, así mismo quienes poseen bajos niveles de reparación de sus emociones se encuentran menos realizadas en su trabajo (Nogueira y col., 2005).

Una persona que posee una alta Inteligencia Emocional tiene la habilidad para comprender a los demás y para relacionarse socialmente. En la actualidad se considera que esta habilidad tiene una gran incidencia en el trabajo individual y grupal (Bermúdez y col., 2003).

El éxito para afrontar adecuadamente situaciones emocionales comprende las habilidades cognoscitivas, conductuales y emocionales con que cada persona cuenta. En la manifestación de dichas habilidades se encuentra la Inteligencia Emocional (Cortés y col., 2002; Extremera y col., 2006).

Las personas con habilidades para sentirse satisfechos y ser eficaces en su vida, y para dominar sus hábitos mentales, tienen mejores condiciones para favorecer su propia productividad; en cambio, las personas que no ponen cierto orden a su vida emocional libran batallas que sabotean su capacidad para concentrarse en el trabajo y pensar con claridad. Debido a

todo esto, son múltiples las dificultades que se presentan cuando nuestras emociones están en juego (Arboleda y col., 2000; Mikolajczak y col., 2006).

Abrirse al mundo emocional de los pacientes es crear un clima facilitador para que éstos generen sus propios recursos ante un determinado problema. Es además, la forma más lúcida de mantener al profesional en una actitud creativa y viva delante de los innumerables casos que tendrá que afrontar durante el ejercicio de su vida profesional. También es la manera de utilizar su propio oficio como una herramienta para crecer personal y profesionalmente, lejos de conductas asistenciales rutinarias o burocratizadas que le llevan a desgastarse. Además, la predisposición a percibir el mundo emocional del otro permite construir un estilo personal de trabajo que va a repercutir en la tan ansiada calidad asistencial, haciendo brillar una de las tres ramas en que se sustenta la competencia de un profesional: la de las actitudes, susceptible también de ser adquirida a través de la formación (Clèries y col., 2002).

Sin duda alguna la Inteligencia Emocional no es una varita mágica; no garantiza una mayor participación en el mercado ni un rendimiento más saludable. Ninguna intervención, ningún cambio por sí solo, puede arreglar todos los problemas. Pero si se ignora el ingrediente humano, nada de lo demás funcionará tan bien como debería. En los años venideros, las empresas cuya gente colabore mejor tendrán ventaja competitiva, por lo que la Inteligencia Emocional será más vital (Arboleda y col., 2000).

DESGASTE LABORAL O BURNOUT

El trabajo puede ser fuente de enfermedades tanto físicas como mentales. Los trabajadores de la salud no son una excepción, ya que la práctica médica es inherentemente estresante, aunque también ofrece muchas satisfacciones a los distintos profesionales de la salud (De las Cuevas, 2003).

Atender al dolor, a la muerte, la enfermedad, a situaciones límites de otros, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cosas que son de vida o muerte (Moreno y col., 1995).

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea en la que influyen diversas circunstancias, entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- a. Constantemente se enfrentan al sufrimiento, al dolor, a la muerte que padecen los usuarios y sus familiares.
- b. Sobreimplicación en la relación de ayuda o conductas de evitación.
- c. Frustración por no poder curar, objetivo para lo cual han sido entrenados.
- d. Cantidad de usuarios para atender.

- e. Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, de los pacientes y sus familiares.
- f. Conflicto del rol o ambigüedad del rol.
- g. Falta de cohesión en equipo multidisciplinario.
- h. Burocratización de las instituciones de salud (Ortega y col., 2004).

En 1974 el psiquiatra Herbert J. Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Ha raíz de estos hallazgos explicó: el burnout, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Esto es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante, fue en ese momento cuando se introdujo el término burnout por primera vez en la literatura médica (Gutiérrez y col., 2006).

Es Cristina Maslach quién primero empleo públicamente el término burnout para referirse a una situación que cada vez se hacía más frecuente entre aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente, y que después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente (Maslach, 1982; Spear y col., 2004).

El burnout es un síndrome de estrés laboral asistencial crónico que se genera en aquellas profesiones de servicio caracterizadas por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia (Maslach y col., 2001).

Burnout se conceptualiza como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en

aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte. 1991; Bruce y col., 2005).

Dimensiones del Burnout

El burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objetivo de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones:

1. **Agotamiento o Cansancio Emocional**. Es el cansancio o la fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás.
2. **Despersonalización**. Consistente en el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo. El profesional despersonalizado trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo, sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando etiquetas despectivas, al mismo tiempo que les atribuye la culpabilidad de sus frustraciones y de su descenso del rendimiento laboral.
3. **Baja Realización Personal**. Tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, sentimientos de inadecuación y fracaso, surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para

atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima, se presenta una dolorosa desilusión e impotencia para dar sentido al mismo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal, carencia de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción (Guerrero, 2003; Ortega y col., 2004; Flores, 2003).

Aunque el burnout y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el burnout incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de actividad laboral, así como cambios en el desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo (Gil-Monte, 1991; Canon, 2006).

El burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto (Moreno y col., 1996; Boada y col., 1996).

El rasgo fundamental del burnout es el cansancio emocional, o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo. Para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los usuarios de los servicios y los miembros del equipo en que está integrado.

Desde la perspectiva psicosocial, el síndrome de “quemazón” por el trabajo no debe identificarse con el estrés psicológico, sino que ha de entenderse como una respuesta de fuentes de estrés crónico que surgen de la relaciones entre los usuarios de los servicios asistenciales (pacientes, alumnos, clientes, etc.) y los profesionales que les atienden (médicos,

policías, profesores, etc.), es decir, como un proceso de interacción entre el contexto laboral y las características de las personas. Hay acuerdo generalizado en que las profesiones más predispuestas a desarrollar el burnout son aquéllas relacionadas con las ocupaciones asistenciales o de ayuda, en las que se tiene contacto frecuente y directo con personas a las que se atiende y ofrece servicio asistencial (Guerrero y col., 2005).

Se ha señalado que el burnout es un fenómeno de erosión psicológica que surge del desajuste entre lo que las personas son y lo que tienen que hacer. Considerándose que tiene un inicio gradual y progresivo que abarca largo tiempo y que sitúa a las personas en una “espiral decadente” de la que es muy difícil salir (Maslach y col., 1997).

Etapas en el proceso del burnout

Los síntomas descritos para el fenómeno del burnout transcurren a lo largo de etapas definidas que se mencionan a continuación (Edelwich y col., 1980).

Entusiasmo: Período inicial caracterizado por la existencia de altas esperanzas y expectativas, así como de una alta energía. En esta etapa, el trabajo promete serlo todo. El empleo llega a ser la única fuente de valores y satisfacciones, y las necesidades personales del trabajador como sentirse estimulado, necesario, estimado, admirado y que dependan de él, son circunscritas únicamente al entorno laboral. Los peligros de esta etapa son una identificación excesiva con los clientes y un gasto excesivo e ineficaz de energía.

Estancamiento. El trabajo ya no parece tan importante, y se hace énfasis en la satisfacción de las propias necesidades fuera del marco laboral.

Frustración. Período en el cual el profesional comienza a cuestionarse su propia valía y la del trabajo en sí. Los límites del trabajo ahora parecen amenazar los propósitos de lo que se está haciendo. Surgen problemas emocionales, físicos y conductuales.

Apatía. Lo característico de esta etapa es la actitud “un trabajo es sólo un trabajo”, desarrollando en el trabajo un mínimo esfuerzo y dedicación de tiempo insuficiente, evitando cualquier tipo de desafío, evitando los clientes o usuarios, y permaneciendo en el trabajo únicamente por la seguridad que conlleva.

Es necesario tener en cuenta que el estrés es una percepción individual, lo que para una persona supone un desafío excitante para otra puede representar un problema abrumador. Un individuo comienza a estar afectado de forma adversa cuando su umbral de tolerancia al estrés es sobrepasado de forma consistente (De las Cuevas, 2003).

Factores implicados en el Burnout

Factores Culturales. Parte del aumento de la frecuencia del burnout es debido a la progresiva ruptura de la cohesión en la comunidad que produce una demanda creciente de involucración del profesional, asociado a un mayor escrutinio público de los servicios y a un descenso en la confianza

y apoyo hacia los mismos que queda patente en unos recursos y presupuestos cada vez menores (Cherniss, 1980).

Factores Ocupacionales. Así mismo, dentro de los factores ocupacionales relacionados con la presencia de burnout en los trabajadores del sistema sanitario incluyen: la ausencia de criterios definidos que posibiliten la valoración de logros, objetivos y éxitos; la baja retribución económica percibida en comparación con otras profesiones; reducidas probabilidades de promoción; el volumen de trabajo y la presiones para hacerlo (De las Cuevas, 2003).

Factores Personales. Se considera como personas predispuestas a experimentar desgaste profesional a aquellos individuos orientados pero obsesivos, con tendencia a identificarse de forma excesiva con los receptores de su atención y que basan su autoestima únicamente en la consecución de metas. Estas personas tienen dificultades para actuar con decisión ante problemas humanos complejos, así como para ser indulgentes consigo mismos por los errores cometidos. Sea como sea el tipo de personalidad del trabajador, lo que parece claro es que son aquellos individuos más dedicados y entusiastas los que presentan mayor riesgo (Muldary, 1983).

Los trabajadores vulnerables se caracterizan por: presiones autoimpuestas en relación con unas expectativas exageradas sobre el cometido del propio trabajo y de sí mismos; la identificación e involucración emocional excesivos con pacientes y familiares que expone al profesional a frecuentes experiencias de pérdida, así como a la concienciación de su propia muerte; la desilusión y el disgusto al comprobar la diferencia existente entre los marcos ideal y real de su trabajo (Munley, 1985).

Consecuencias del Burnout

La exposición al burnout en el individuo esta relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se han señalado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome, que se pueden dividir en tres grupos(Ortega, 2004):

Consecuencias en la salud física (alteraciones físicas).

Alteraciones cardiovasculares, hipertensión o enfermedad coronaria, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales, como dolor abdominal, colon irritable, úlcera dúodenal; alteraciones respiratorias como el asma; alteraciones del sueño; dermatológicas, menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articularios.

Consecuencias en la salud psicológica (alteraciones emocionales). Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.

Consecuencias en el ámbito laboral (alteraciones conductuales). Ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo como conducción temeraria, ludopatía; alteraciones en la conducta alimentaria, disminución de la productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad del servicio.

Este síndrome afecta la calidad de los servicios de salud, y la propia calidad de vida del personal que allí labora, teniendo efectos físicos sobre el hombre, asociado con fatiga crónica, comportamiento de alto riesgo,

trastornos del sueño y cefaleas; desde el punto de vista emocional aparecen signos de depresión, frustración, desamparo y desesperanza, desilusión y pérdida del significado emocional del trabajo; aparecen además actitudes negativas y cínicas hacia el trabajo, sentimientos de aislamiento hacia los compañeros y clientes. El costo sobre el trabajo está asociado a baja moral, ausentismo, tardanzas, decrecimiento promedio del tiempo de trabajo, desacato y desconfianza hacia la administración, así como decrecimiento en la calidad de los servicios ofrecidos (Rodríguez y col., 2005).

El fenómeno resulta relevante para el diseño de políticas en el sector de la salud y en los programas de formación de personal sanitario, en tanto que sus efectos se reflejan en la calidad de los servicios asistenciales y en consecuencia, en la calidad de vida de las personas implicadas (Novoa y col., 2005; Evers y col., 2002).

Uno de los rasgos significativos de éste síndrome que amenaza la salud de nuestros trabajadores, es el vacío de sentido en el que se hunde el médico; el vacío es la ausencia de realización y aleja al médico y enfermera de una existencia realmente auténtica (Flores, 2003; Hernández, 2004).

SENTIDO DE VIDA

En la sociedad en que vivimos, gran parte de nuestras necesidades pueden ser satisfechas por eventos o situaciones externos; la única necesidad que no puede ser satisfecha por este medio, es la necesidad de encontrar un sentido a nuestra vida.

El ser humano siempre está constituyendo el mundo y creando su proyecto vital. El único significado real es aquel que es creado en la acción por cada individuo (De Castro, 2002).

Según Viktor Frankl el hombre tiene una voluntad de sentido para encontrar el significado de su vida, porque el encuentro de este significado es la principal fuerza motivacional de su conducta (Frankl, 1999).

Nos señala que el hombre es un ser espiritual que intenta encontrar un sentido a su vida que trascienda (Frankl, 1999).

El sentido de la vida surge por la necesidad de dar solución a los problemas que tenga una colectividad o un individuo en particular. De igual forma constituye a su vez, la respuesta ofrecida por una sociedad o un individuo a las preguntas o problemas que implica la vida misma: ¿por qué vivir? ¿para qué vivir? ¿quién soy? ¿de dónde vengo y a dónde voy? ¿qué hacer con mi vida? ¿qué camino seguir? ¿qué hacer para sobrevivir? Entre otras tantas cuestiones existenciales (Giddens, 1995).

El anhelo más profundo del ser humano es la felicidad. Busca una plenitud que lo llene. Todo individuo es feliz cuando realiza su vocación personal, cuando va siendo lo que verdaderamente es. De ahí que el hombre se caracterice, ante todo de su búsqueda de significado (Cabello, 2000).

Elizabeth Lukas, psicoterapeuta alemana, elabora desde su experiencia clínica una descripción de lo que tiene sentido (Lukas, 2001).

1. Lo que alberga la oportunidad sobresaliente de que se produzca algo bueno.
2. Lo que contempla también el bienestar de los demás.
3. Lo que esta libre de motivación egoísta.
4. Lo que es absolutamente concreto en el aquí y el ahora.
5. Lo que no exige ni permite demasiado.
6. Lo que procura a uno la fuerza de desearlo.

El desarrollo de un Sentido de Vida de cada uno de nosotros puede verse limitado, truncado o frustrado en la medida en que nuestras metas, anhelos, expectativas de vida, sueños, no sean realizados o nuestros parámetros de vida de seguridad y certidumbre sean afectados por situaciones o circunstancias de crisis en las cuales no se cuenta con las herramientas adecuadas para su afrontamiento, reajuste de nuestra vida, asimilación y/o superación (Castro, 2002).

Las personas que tienen un motivo por el cual vivir, presentan una actitud positiva hacia las actividades que realizan, ya sean escolares o laborales, sin embargo, en la vida de toda persona estarán presentes algunos obstáculos que tratan de frenar su proceso de autorrealización personal (Magaña y col., 2004).

Los individuos involucrados en su existencia son más vitales, saben dar continuidad a los objetivos planteados y son responsables, lo cual les da Sentido de Vida. Cuanto más pronto se aclaren estos significados, menos complicado será definir una intencionalidad o visión hacia el futuro, y a su vez se posibilitará la adecuada definición de aquello que se considera esencial y relevante en la vida (Frankl, 1999).

Las personas que logran aclarar el sentido que para ellas tiene la vida, son capaces de adecuar el guión básico de su existencia, de modificar relaciones, reorganizar su mundo laboral, enfrentar adversidades y hasta de reconstruir su escala de valores, incorporando nuevas creencias, objetivos y metas. Por el contrario, los que no logran clarificar su propósito de vida durante estos últimos años se sentirán desesperados, desmoralizados, y manifestarán miedo a morir (Erikson, 1970).

El Vacío existencial es la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa, las personas presentan un sentimiento de vacío interior y de absurdidad de la vida, una incapacidad para sentir las cosas y los seres, dicho sentimiento lleva a la tristeza, melancolía, desencanto, soledad, conformismo, evitar estar solo, apatía y desmotivación (Frankl, 1997; Castro, Sarvimaki y col., 2000).

En tales situaciones, la presencia de un conjunto de sensaciones y cambios en nuestro día a día, surgen como síntomas de un estado de frustración existencial que afecta nuestro Sentido de Vida que ha sido denominado por Viktor Frankl fundador de Logoterapia (Escuela de Psicoterapia Existencial) como un Vacío Existencial: la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa, (Frankl, 1996), las personas presentan el sentimiento de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido. Se ven acosados por la experiencia de su vaciedad íntima, del desierto que albergan dentro de sí (Ibid). La cotidianidad de dichos individuos se resume a un sentimiento de vacío interior y de absurdidad de la

vida, una incapacidad para sentir las cosas y los seres (Lipovetsky, 1995). En definitiva, quien padece el vacío existencial o una crisis de sentido subjetivo, considera que la vida no tiene sentido y que no vale la pena vivirla (Berger, 1979).

No solo las causas nobles y placenteras dan Sentido de Vida; a veces lo dan también el dolor y el sufrimiento. De ahí que, a menudo, la claridad de sentido ayude a observar los errores como esfuerzos, los problemas como desafíos y de vele rasgos de empatía, altruismo, excelencia, alegría, autonomía y serenidad en los mayores, que los convierten en personas sobrevivientes (Fabry, 1992).

Caminos para Encontrar el Sentido de Vida

Viktor Frankl sostiene que hay tres caminos por los cuales uno puede encontrar sentido a su vida. Tres rutas guiadas por valores, dando, recibiendo o autotrascendiendo respectivamente y estos son:

1. Valores de Creación. Los valores de creación implican acción, pero de una forma creativa o personal (Salazar, 2007). La realización concreta de los valores creadores es el trabajo. El trabajo por si solo no brinda la realización al hombre, ni la felicidad, la realización la logra en el proceso de sentirse capaz de dar lo mejor de sí mismo y poder compartir sus triunfos con la sociedad, Frankl dice que en nuestro trabajo, existe un algo personal y específico que da un carácter único e insustituible a nuestra existencia y con ello un sentido a la vida.

Lo importante no es la profesión que se ejerce, sino el modo como se la ejerce, ya que ésta da un marco de posibilidades, de ocasiones, para poder realizar una obra personal, que le dé sentido a la vida. Comprendiendo esto, nos damos cuenta que cualquier profesión encarada desde este punto de vista, puede llevar al hombre a realizarse; desde la profesión más sencilla hasta la más complicada.

La capacidad de trabajo no es todo, ni razón suficiente y necesaria para infundir sentido a la vida del hombre. Puede el hombre tener capacidad de trabajo y, sin embargo llevar una vida carente de sentido; del mismo modo, el hombre puede dar un sentido a su vida aún incapacitado para trabajar. Es entonces cuando se le revela otro mundo de valores (Ponce de León, 1999).

2. Valores de Vivencia. Los valores vivenciales o de experiencia se dan al abrirse ante lo que el mundo ofrece, y de esta forma se puede recibir amor y belleza (Salazar, 2007). El sentido que se encuentra en lo que nos ofrece el entorno, en las experiencias de encuentro con los otros, en la amistad, el amor, la contemplación de la naturaleza, la apreciación al arte. Es posible cumplir el sentido real de un cierto momento de la existencia humana por medio de una simple vivencia, aunque se trate de un instante. Por la grandeza de un instante se mide a veces la grandeza de una vida. En la vida del hombre son los puntos culminantes los que deciden en cuanto a su sentido y un solo instante por fugaz que sea puede proyectar un sentido sobre la vida entera. Las vivencias simplemente son algo propio de cada persona, la sumatoria de todas las experiencias fenomenales por muy insignificantes que puedan parecer a los demás crean un efecto determinante en la valía de sí mismo. Estas llenan de contenido la vida (Frankl, 1987).

3. Valores de Actitud. Los valores de actitud se presentan cuando se enfrenta un sufrimiento inevitable, como la muerte o una enfermedad, en cuyo caso lo único que queda es tomar una postura ante esta situación; la más recomendable es adoptar una actitud positiva ante la adversidad (Salazar, 2007). Es la que asume el hombre frente a situaciones inevitables de sufrimiento, cómo las acoge, cuál es su coraje en la adversidad, si es capaz de conservar su dignidad (Frankl 1999; Kroeff 1998; López 2003).

Consiste en la actitud que el hombre adopte ante una situación límite. Se abre entonces ante él un reino nuevo y propio de valores que deben contarse entre los más altos. Una existencia puede ser pobre en valores creadores y vivenciales pero puede ofrecer una última posibilidad y más grande de realización de valores. Esta es la libertad interior de tomar una actitud frente a un destino que se le presenta como inevitable. Cuando estos valores de actitud se incorporan al campo de sus posibles categorías de valores, se comprende que la existencia humana no puede carecer nunca de sentido: la vida del hombre conserva su sentido hasta su muerte. Mientras el hombre conserva la conciencia, sigue siendo responsable frente a los valores de la vida aunque éstos sean sólo una actitud. Mientras el hombre es un ser consciente, es también responsable. Siempre le será posible realizar esta clase de valores.

Tomar una actitud frente al sufrimiento o al dolor refiere a una postura ante lo que se nos presenta como fatal: No es lo que me pasa, sino lo que hago con lo que me pasa, lo que importa (López, 2003).

Según la actitud de cada uno frente a estas situaciones se abrirá un mundo de posibilidades de valores con los cuales es posible lograr trascender como seres únicos e irrepetibles (Ponce de León, 1999).

El Sentido de Vida en la Profesión Médica.

El trabajo en el campo de la salud puede llegar a ser realmente riguroso. Se trabaja con la salud y la vida de personas, por lo que implica un alto grado de responsabilidad y por lo tanto de presión psicológica. El trabajo es intenso y a veces prolongado; y algo sumamente importante, el profesional de la salud trabaja en medio del sufrimiento humano con el objetivo de aliviarlo o eliminarlo, y esto trae como consecuencia sufrimiento y desgaste emocional, ya que el buen médico, enfermera, psicólogo, etc. nunca llegan a desensibilizarse completamente (Sánchez, 2004).

Existe un lado sombrío de la profesión médica, y no la profesión entera. Pero este lado oscuro representa sufrimiento no sólo para el paciente, sino también para el profesional que lo atiende. Y si estos no están lo suficientemente motivados, si la actividad laboral no forma parte del sentido de sus vidas, el sufrimiento será aun mayor, y lo que es peor, generará sufrimiento humano, ya que atenderá sin deseo al paciente o con hostilidad, cuando el paciente necesita mucho apoyo y comprensión de su dolor y salud quebrantada (Sánchez, 2004).

Cuando las motivaciones por la profesión que se realiza no son lo suficientemente fuertes, o más bien existe un rechazo, se pudiera llegar a ser bueno con un elevado sentido de la responsabilidad, pero no excelente, porque la excelencia requiere de un extra que solo aparece cuando existe una gran motivación por lo que hacemos, de lo contrario, a duras penas cumpliremos la norma. Si el profesional de la salud carece de Sentido de Vida, o si lo tiene pero los sistemas de motivos que lo forman no están

relacionados con su profesión, su productividad será mucho menor y con menos calidad (Sánchez, 2004).

Si una persona ejerce una actividad o profesión por un período prolongado de tiempo y utiliza ese tiempo sin una relación interna con él mismo, sin ver el valor intrínseco de la tarea, sin ser capaz de consentir a su satisfacción y sin poder dedicarse realmente a hacerlo, entonces aparecerá un vacío interior. Este vacío es una especie de pre-depresión debida a que no se produce un intercambio dialogal en el cual uno da pero también recibe (Lângle, 2003).

Una actitud que se orienta más hacia los propósitos personales que hacia los valores, subordina todas las actividades asociadas con esa orientación. Esto conduce a una distancia entre la persona y su trabajo. Una persona no se sentirá plena en las relaciones que entable y no se prohibirá cualquier apertura debido a la ausencia de consentimiento interno. Esta actitud y respuesta a la vida conduce a un desacuerdo emocional en el cual el trabajo se vuelve sin vida y vacío. Así el trabajo se torna un mero sustituto por la falta de cercanía y afecto. Especialmente la persona se vuelve sin vida y vacía. Esta falta de relación contribuye al mayor daño para una persona y para su vida (Lângle, 2003).

Víktor Frankl incorporando la espiritualidad a la terapéutica, sienta las bases de la Logoterapia, pero, yendo más allá, con la cura médica de almas, o pastoral médica, la cuestión que plantea es si el médico tiene el derecho o el deber de dar un poco más. Frankl lo que pretende es no solo cuidar el ejercicio ético de las profesiones de la salud, vigilar sobre lo que no se debe hacer, es decir, lo antiético, inmoral o iatrogénico, sino que apunta directa y abiertamente a estimular lo que se debe hacer. Promueve estimular el proyecto de vida que esta expreso o latente en cada hombre, acompañar en el dolor, ser capaz de ver en la enfermedad, el hombre que sufre, que sabe

que no esta al lado de maquinas insensibles, sino de seres humanos que sufren, gozan, sienten, creen, etc. Acompañar en el dolor, recordando que la lucha por el sentido, la voluntad de sentido no se detiene, ni siquiera con el dolor (Restrepo, 2001).

Si se considera que los últimos destinatarios de la acción de los trabajadores de la salud son las personas en situación de necesidad, en ocasiones las más vulnerables y débiles de la sociedad, se hace aún más necesario trabajar para garantizar la calidad en la atención que reciben a través de la acción sobre el bienestar de los profesionales con quienes se relacionan. Se trata en fin, de responder eficazmente a la pregunta ¿Cómo se encuentra el perfil emocional del Cuidador? (Lázaro, 2004).

Es por ello que la presente investigación pretende determinar el perfil emocional en que se encuentran las personas que participan en la Estrategia ABC en Obstetricia y que laboran en el manejo y control del embarazo, atención del parto y puerperio dentro de los Servicios de Salud de Sonora.

METODOLOGÍA

Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo y correlacional.

Muestra

Los grupos se conformaron a través de un muestreo probabilístico de racimos por etapas, de acuerdo a la selección realizada por los jefes de jurisdicción y directores de hospitales. Realizándose 7 eventos de capacitación de ABC en Obstetricia, en Hermosillo, Caborca, Nogales, Navojoa, y Ciudad Obregón.

Participantes

Para esta investigación se seleccionaron 242 personas que participaron en la Estrategia de capacitación ABC en Obstetricia. El tamaño final de la muestra quedó conformada por 234 personas, 97 del sexo masculino y 137 del sexo femenino, 77 enfermeras, 133 médicos y 24 trabajadoras sociales.

Los criterios de inclusión de los participantes para el análisis fueron: médicos, enfermeras y trabajadoras sociales que laboran en el manejo del embarazo, atención del parto y puerperio en los Servicios de Salud de Sonora, se excluyeron 6 participantes por pertenecer a otras áreas e instituciones, y se eliminaron 2 participantes que no concluyeron correctamente sus cuestionarios.

Procedimiento.

La aplicación de las Pruebas Psicométricas de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida se realizó en el momento de iniciar el evento de capacitación, previo consentimiento informado, garantizando a los participantes seguridad en cuanto a la confidencialidad de la información suministrada.

Análisis de los datos

A nivel descriptivo se emplearon medidas de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión para variables continuas. Se empleo análisis de asociación X^2 para variables categóricas, así como el coeficiente de correlación de Spearman para establecer las relaciones existentes entre las variables continuas.

Instrumentos de Medición

Para la recolección de la información se emplearon los siguientes instrumentos de medición, detallándose las características y sus propiedades psicométricas más relevantes.

Cuestionario de Inteligencia Emocional de la Dra. Ileana Petra Micu 2000. Está compuesto por 8 escalas o factores independientes, con preguntas tipo Likert, referidas a un rasgo de comportamiento de la Inteligencia Emocional, las cuales en su conjunto forman un perfil, de acuerdo al puntaje obtenido se conforma de la siguiente manera: Un puntaje de 0-143 coloca al participante en un nivel de Precaución, de 144-189 en un nivel de Vulnerable, de 190 a 230 en un nivel de Hábil, y de 231 a 302 el nivel Óptimo de Inteligencia Emocional.

Midiendo los siguientes factores:

- 1. Autoconocimiento de las Emociones,** se refiere a la forma en que el individuo se ve a sí mismo y lo conforme que se encuentra o no con sus emociones.
- 2. Expresión emocional,** consiste en la disposición del individuo para expresar sus emociones. Lo que conduce a un mejor manejo de sí mismo en la sociedad.
- 3. Competencias, intencionalidad,** reside en el potencial que tiene la persona para manejarse propositivamente en sus actividades personales y profesionales.

4. **Creatividad**, se alude a la habilidad que tiene el sujeto de buscar nuevas soluciones y a manejarse con espontaneidad práctica y útil en las situaciones que se le presentan
5. **Resiliencia**, es la facultad que posee un individuo de enfrentar problemas que le afectan en forma personal y reponerse de los conflictos con gran carga emocional, que se le presentan.
6. **Descontento constructivo**, se refiere a la capacidad del individuo para mostrarse crítico ante sus propias actividades y emociones con el fin de buscar (sin actitudes destructivas) las soluciones en forma personal o solicitando apoyo.
7. **Perspectiva**, reside en la competencia de la persona para manejar las alternativas que se le presentan tomando en consideración sus propias capacidades psicológicas y emocionales.
8. **Fuerza personal**, esta dada por la habilidad de un individuo para reconocer sus posibilidades personales para solucionar un problema y que tan capaz es para luchar para alcanzar sus metas.

La validez de contenido se desarrollo por criterio de jueces, a los que se les proporcionó la propuesta teórica. Para la aceptación de los ítems se consideró el 100% de acuerdo de los expertos en el área.

Se procedió a correlacionar las 8 escalas, obteniéndose correlaciones a través del coeficiente de correlación de Spearman, obteniéndose correlaciones muy significativas ($p < 0.01$).

La consistencia interna del cuestionario en éste estudio, nos arroja un coeficiente Alfa de Cronbach se presentan a continuación:

Escala	α de Cronbach
1. Autoconocimiento de las Emociones	0.7510
2. Expresión emocional	0.7629
3. Competencias, intencionalidad	0.7642
4. Creatividad	0.7888
5. Resiliencia	0.7803
6. Descontento constructivo	0.7349
7. Perspectiva	0.7458
8. Fuerza personal	0.8385

Inventario de burnout de Maslach (M. B. I. Maslach 1986) Fue propuesto por Maslach y Jackson (1981, 1986) y ha sido el instrumento con más aceptación dentro de la literatura científica y el que más utilizan los investigadores en sus trabajos relacionados con el síndrome de Burnout.

Los elementos del MBI están redactados en una forma directa para expresar unos sentimientos o actitudes personales, consta de 22 ítems tipo Likert en forma de afirmaciones referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo. Evalúa tres subescalas: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems), y Realización Personal (8 ítems).

El agotamiento emocional se categoriza de la siguiente manera, una puntuación igual o menor a 18 indica nivel bajo, de 19 a 26 nivel medio, e igual o mayor a 27 nivel alto de agotamiento emocional.

La Despersonalización se categoriza de la siguiente manera, una puntuación igual o menor a 5 indica nivel bajo, de 6 a 9 nivel medio, e igual o mayor a 10 nivel alto de Despersonalización.

La realización Personal se mide en orden inverso, un puntaje igual o mayor a 40 nos indica un nivel alto, de 34 a 39 nivel medio, e igual o menor a 33 nivel bajo de Realización Personal.

Altas puntuaciones en las escalas de agotamiento emocional y despersonalización y bajas en la de realización personal, permiten diagnosticar el trastorno o síndrome

Tanto la validez como la confiabilidad del MBI han sido ampliamente contrastadas a nivel mundial. Se tomó como referencia la fiabilidad y la validación factorial en tres dimensiones propuesta por Maslach y Jackson (1986)

En cuanto a las propiedades psicométricas del Inventario Maslach, la consistencia interna estimada por la autora del coeficiente Alfa de Cronbach se presentan a continuación:

Escala	α de Cronbach
Agotamiento Emocional	0.90
Despersonalización	0.79
Realización Personal	0.71

Logotest de Elisabeth Lukas 1988 .El logotest se realizó bajo la tutela del propio Frankl; de hecho aparece como apéndice en una de las versiones de su libro "La voluntad de Sentido" (Frankl, 1988)

Se encuentra diseñado para medir el logro interior de sentido o su negación, la frustración existencial. Es aplicable a sujetos mayores de 16 años. Las puntuaciones del Logo-test indican mayor falta de sentido cuanto mayores son.

Se encuentra compuesto por tres secciones, midiendo Valores de Creación, Valores de Vivencia, y Valores de Actitud, mismos que nos indican si existe Buena Orientación en el Sentido de Vida, si es Normal, si existe Ausencia de Sentido de Vida, o es Patológico.

Valores de Creación. Los contenidos de la primer parte se agrupan en 9 grandes categorías (bienestar material, autorrealización, familia, actividad ocupacional principal, socialidad, intereses, vivencias, servicio a los otros, situación de necesidad, su superación, afirmación de la vida a pesar de todo)

Valores de Vivencia. La segunda parte intenta captar la frustración existencial concretando los efectos generales de la frustración (descritos como agresión, regresión, super-compensación, reacción de huida, adaptación razonada, neurosis y depresión) en sus aspectos noógenos.

Valores de Actitud La Parte III consta de dos subpartes. En una de ellas se presentan tres casos que, por un lado, ejemplifican la Parte II y por otro buscan un valor de perspectiva enjuiciando otros casos. A partir de las descripciones de tres personas se pregunta cuál es la más feliz y cuál la que más sufre.

Se realizaron con éxito diferentes pruebas de validez y de fiabilidad. A pesar de su estructura en bloques diferenciados, conserva la unidimensionalidad o unicidad, siendo la parte I la que más contribuye a la puntuación total (Noblejas, 1999)

Las propiedades psicométricas del Logotest reportados por su autora nos indica un coeficiente de fiabilidad de Spearman-Brown de 0.835.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Distribución de la Población

De los 234 participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia, a quienes les fue aplicada la evaluación, 42% son hombres y 58% mujeres (Tabla I).

La edad promedio fue de 36 años, en un rango de 17 a 66 años, un 26% de la muestra se encuentra entre los 18 y 29 años de edad, 29% entre los 30-39, 37% entre los 40-49, y 8% entre los 50 y 66 años de edad.

En cuanto al Estado Civil, 66% de los participantes son casados, 10% divorciados y 24% solteros.

La distribución de la profesión de los participantes es la siguiente: enfermería 33%, médicos 57%, y trabajo social 10%.

En relación a la participación de personas por jurisdicción, se observa 15% en Hermosillo, Caborca 15%, Nogales 17%, Cd. Obregón 40%, y Navojoa con 13%.

Tabla I. Estadística descriptiva, frecuencia de la distribución de la población.

Variables Sociodemográficas	Categorización	Frecuencia	Porcentaje
Sexo			
	Masculino	97	42
	Femenino	137	58
Edad			
	18-29 años	61	26
	30-39 años	67	29
	40-49 años	87	37
	50-66 años	19	8
Estado Civil			
	Casado	156	67
	Soltero	50	21
	Divorciado	26	11
Profesión			
	Enfermería	77	33
	Médicos	133	57
	Trabajo Social	24	10
Jurisdicción			
	Hermosillo	35	15
	Caborca	36	15
	Nogales	40	17
	Cd. Obregón	94	40
	Navojoa	29	13

Estadísticos Descriptivos

Se presentan a continuación las medias, desviaciones estándar, varianza, así como el rango de las variables estudiadas en este estudio (Tabla II), edad, las escalas de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida.

Tabla II. Estadísticos descriptivos de las escalas de inteligencia emocional, desgaste laboral y sentido de vida.

Escalas	N	Media	DS	Varianza	Rango
Edad	234	38	9.5	87.48	18-66
Autoconocimiento de las Emociones	234	26	4.36	19.04	9-34
Expresión Emocional	234	18	4.70	22.15	6-27
Competencias Intencionalidad	234	32	5.56	30.99	10-42
Creatividad	234	21	5.21	21.17	6-30
Resiliencia	234	30	5.39	29.09	12-39
Descontento Constructivo	234	26	5.37	28.90	15-39
Perspectiva	234	22	2.94	8.68	11-24
Fuerza Personal	234	30	6.44	4.58	9-39
Desgaste Emocional	234	1	8.57	7.3	0-44
Despersonalización	234	4	4.92	24.27	0-21
Realización Personal	234	44	7.15	51.21	14-48
Valores de Creación	234	4	2.42	5.87	0-12
Valores Vivenciales	234	4	1.87	3.51	0-10
Valores de Actitud	234	1	1.38	1.90	0-5

Resultados Inteligencia Emocional

Estadística Descriptiva de la Clasificación y Frecuencias de Inteligencia Emocional. En el cuestionario de Inteligencia Emocional (Tabla III) dentro de los resultados obtenidos un 19% de los participantes posee un Nivel Óptimo de Inteligencia Emocional, lo cual nos indica que son personas con capacidad de reconocer y expresar sus emociones, manejándose propositivamente en sus actividades, manifestando capacidad para enfrentar los problemas, reponiéndose a los conflictos con gran carga emocional que se le presentan, tomando en cuenta sus propios recursos psicológicos y emocionales.

Lo anterior concuerda con otro estudio (Extremera y col., 2004b), el cual plantea que los individuos que saben lo que están sintiendo, pueden ser más habilidosos para tratar los problemas emocionales y, por consiguiente, experimentar mayor bienestar emocional, comparado con las personas que tienen menos claridad en sus sentimientos. Así mismo, las personas que fácilmente identifican una emoción durante situaciones de estrés, pasarán menos tiempo atendiendo a sus reacciones emocionales, invirtiendo además, menos recursos cognitivos, lo cual les permitirá evaluar alternativas de acción, mantener sus pensamientos en otras tareas o bien llevar a cabo estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Coincidiendo con otros resultados (Johnson y col., 1999) que señalan que una persona que posea una alta Inteligencia Emocional tiene la habilidad para comprender a los demás y para relacionarse socialmente, considerando que esta habilidad tiene gran incidencia en el trabajo individual y grupal, presentando habilidades para persistir y seguir motivado ante la frustración, para controlar los impulsos, para controlar emociones y para empatizar.

Tabla III. Estadística descriptiva, de la clasificación y frecuencia de inteligencia emocional.

INTELIGENCIA EMOCIONAL	PARTICIPANTES	
	No.	%
Óptimo	46	20
Hábil	109	46
Vulnerable	70	30
Precaución	9	4
Total	234	100

Así mismo, (Brotheridge, 2006) afirma que los trabajadores con más altos niveles de Inteligencia Emocional fueron los más propensos a percibir la necesidad de mostrar frecuentemente emociones como parte de su trabajo y realizar un comportamiento profundo en respuesta a estas demandas situacionales, confirmando con ello la importancia de la Inteligencia Emocional en el personal de salud que labora en contacto directo con los usuarios de los servicios.

Un 47% presentan un nivel de Inteligencia Emocional que los coloca en la categoría de Hábil (Tabla III), lo cual nos señala que poseen la capacidad de reconocer sus emociones, y expresarlas, buscando soluciones a los problemas que se le presentan y manejándose con espontaneidad práctica y útil en las situaciones de su vida, reconociendo sus posibilidades personales, luchando por alcanzar sus metas. Otros informes (Bermúdez, 2003), concluyen que, a mayor Inteligencia Emocional, mayor es la estabilidad emocional de la persona, poseen mayor autoestima, presentando una actitud más positiva con respecto a sí mismos. Además toleran mejor la frustración ya que son capaces de controlar los estados tensionales asociados a la experiencia emocional y su propio comportamiento en situaciones adversas.

El 30% de los participantes presentan Vulnerabilidad en su Inteligencia Emocional (Tabla III), ello nos indica que manifiestan dificultades para reconocer y expresar sus emociones, revelando cierto grado de incapacidad para reconocer y valorar sus logros y alcances, con poca capacidad de afrontar de manera satisfactoria las exigencias de su entorno cotidiano, con una visión pesimista y apática de la vida. Lo anterior concuerda con hallazgos (Gohm y col., 2005), en donde se manifiesta que las personas con un bajo nivel en su Inteligencia Emocional no pueden juzgar exactamente sus capacidades emocionales, y se sienten confundidos sobre sus reacciones emocionales, sintiéndose fuera de control de las situaciones generadoras de ansiedad.

Se observa que el 4% presentan un nivel de Precaución en Inteligencia Emocional, lo que nos deja ver que estas personas presentan incapacidad para percatarse de sus propias emociones, presentando dificultad para expresarlas, y problemas para resolver situaciones conflictivas, actuando de manera impulsiva, con insuficiente interés y sensibilidad por los demás, con escasos recursos para afrontar los problemas de la vida, con pocas gratificaciones sociales, tendencia a la depresión, y propensión al abandono de tareas. Varios estudios han constatado que bajos niveles de Inteligencia Emocional se relaciona con diversas variables de desajuste emocional, tales como alta sintomatología depresiva (Fernández y col., 1999), mayor ansiedad (Salovey y col., 2002). De igual forma (Lafuente, 2004), afirma que las emociones que no se canalizan de manera adecuada quedan contenidas en el plano psicológico, pero buscan vías de escape que generalmente ocurren en el momento más crítico y por el punto más vulnerable.

Análisis de Asociación de Inteligencia Emocional y Variables Sociodemográficas. En el análisis estadístico de asociación X^2 realizado, se encontró que existen diferencias en las variables sociodemográficas e Inteligencia Emocional, observando una asociación entre Profesión e Inteligencia Emocional con una ($X^2=26.69$; gl. 6; $p=0.000$) (Tabla IV). Presentando los Médicos el Nivel Óptimo de Inteligencia Emocional, el nivel Hábil se percibe en las Trabajadoras Sociales y los niveles de Vulnerabilidad y Precaución se registran en el área de Enfermería. Es de llamar la atención que los niveles más bajos en la autopercepción de Inteligencia Emocional se encuentra en el campo de la Enfermería, ello puede deberse al hecho de que la Enfermería es un trabajo en el que continuamente se encuentra bajo presión, se trabaja con la vida y con la muerte a diario y es preciso estar alerta todo el tiempo, además de cumplir otras tareas que no están directamente vinculadas al entrenamiento personal. Así mismo, no siempre el reconocimiento y la remuneración son acordes a la preparación, responsabilidad y estrés en el trabajo.

Los presentes resultados constatan lo publicado (Sábado, 2003), en donde se señala que un déficit en la Inteligencia Emocional disminuye la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones, se constituye como un factor que dificulta la asimilación de la situación emocional e impide la utilización de mecanismos de afrontamiento, predisponiendo a potenciar la respuesta fisiológica ante el estrés.

Tabla IV. Análisis de asociación de X^2 de inteligencia emocional y variables sociodemográficas.

	Edad	Sexo	Estado Civil	Profesión
Inteligencia Emocional	$X^2=15.67$ gl. 9 $p=0.047$	$X^2=2.16$ gl.3 $p=0.539$	$X^2=6.38$ gl.4 $p=0.145$	$X^2=37.80$ gl. 21 $p=0.014$

Se realizó el análisis de asociación X^2 , encontrándose asociación entre algunas variables categóricas y las escalas de Inteligencia Emocional. (Tabla V), de edad con en la escala de Autoconocimiento de las Emociones ($X^2=16.70$; gl. 9; $p=0.054$), Expresión Emocional ($X^2=19.99$; gl. 9; $p=0.018$), Competencias Intencionalidad ($X^2=19.92$; gl. 9; $p=0.018$) y Resiliencia ($X^2=16.87$; gl. 9; $p=0.051$), así como Fuerza Personal; lo cual revela que las personas en el rango de edad de 18 a 29 años se encuentran más vulnerables en su habilidad para reconocer sus posibilidades personales para solucionar un problema, y con dificultad para luchar para alcanzar sus metas; presentando el grupo de edad de 40 a 49 años el nivel más Óptimo en este sentido, lo cual nos confirma que las personas con mayor edad tienen una estructura emocional más sólida (Extremera y col., 2003),

Se encontraron asociaciones entre Estado Civil y Expresión Emocional ($X^2=14.52$; gl. 6; $p=0.024$); se observa que los casados presentan mayor facilidad en la expresión de sus emociones, hallando que los divorciados manifiestan ciertos impedimentos en la capacidad para expresar sus emociones.

Así mismo se observa asociación entre Profesión y Escala de Autoconocimiento de las Emociones ($X^2=14.79$; gl. 6; $p=0.013$), revelando que los Médicos son quienes poseen el nivel Óptimo en el autoconocimiento de sus emociones, siendo el área de Enfermería quienes presentan mayor dificultad en este rubro. Resultados similares (Limonero y col., 2004; Salovey y col., 2002) señalan que los profesionales de Enfermería que tienen poco claras las emociones que están sintiendo y las situaciones que las producen tienen mayores niveles de estrés en el trabajo, así como incremento del estado de ánimo negativo. Otra investigación (Mayer y col., 1990), encontró que, para identificar y comprender los estados de ánimo de un interlocutor, en este caso el paciente, se requiere previamente identificar en forma clara nuestras propias emociones.

Tabla V. Análisis de asociación de X^2 entre las escalas de inteligencia emocional y variables sociodemográficas

	Edad	Sexo	Estado Civil	Profesión
1.Autoconocimiento de las Emociones	$X^2=16.70$ gl. 9 $p=0.054$	$X^2=2.81$ gl.3 $p=0.421$	$X^2=6.11$ gl.6 $p=0.411$	$X^2=14.79$ gl. 6 $p=0.022$
2.Expresión Emocional	$X^2=19.99$ gl.9 $p=0.018$	$X^2=1.86$ gl.3 $p=0.600$	$X^2=14.52$ gl.6 $p=0.024$	$X^2=9.67$ gl.6 $p=0.139$
3.Competencias, intencionalidad	$X^2=19.92$ gl.9 $p=0.018$	$X^2=3.39$ gl.3 $p=0.335$	$X^2=3.84$ gl.6 $p=0.697$	$X^2=6.93$ gl.6 $p=0.326$
4. Creatividad	$X^2=13.08$ gl.9 $p=0.159$	$X^2=2.24$ gl.3 $p=0.486$	$X^2=5.75$ gl.6 $p=0.451$	$X^2=14.51$ gl.6 $p=0.024$
5. Resiliencia	$X^2=16.87$ gl.9 $p=0.051$	$X^2=3.32$ gl.3 $p=0.334$	$X^2=5.66$ gl.6 $p=0.461$	$X^2=16.09$ gl.6 $p=0.013$
6.Descontento, Constructivo	$X^2=12.22$ gl.9 $p=0.201$	$X^2=3.27$ gl.3 $p=0.335$	$X^2=5.13$ gl.6 $p=0.526$	$X^2=8.12$ gl.6 $p=0.229$
7. Perspectiva	$X^2=8.96$ gl.9 $p=0.441$	$X^2=0.44$ gl.3 $p=0.932$	$X^2=5.7$ gl.6 $p=0.447$	$X^2=11.16$ gl.6 $p=0.083$
8. Fuerza Personal	$X^2=16.22$ gl.9 $p=0.052$	$X^2=3.27$ gl.3 $p=0.350$	$X^2=2.30$ gl.6 $p=0.890$	$X^2=6.42$ gl.6 $p=0.377$

Se encontró asociación entre Profesión y la Escala de Creatividad ($X^2=14.51$; gl. 6; $p=0.024$), observando que los Médicos se encuentran el en nivel Óptimo, en cuanto a la capacidad para buscar nuevas soluciones a las situaciones o conflictos que se le presentan, hallando en el grupo de Enfermeras el área más vulnerable, lo cual implica dificultades en resolver sus situaciones conflictivas; de igual manera se encuentra asociación entre la variable Profesión con Resiliencia ($X^2=16.09$; gl. 6; $p=0.022$), hallándose que las Enfermeras presentan mayores complicaciones para sobreponerse a los problemas que le afectan de manera personal, mostrando que son las Trabajadoras Sociales quienes reflejan mayor capacidad de reponerse a los conflictos con gran carga emocional que se le presentan.

Análisis de Correlación r de Spearman Entre las Escalas de Inteligencia Emocional. Así mismo en el análisis de correlación entre las Escalas de Inteligencia Emocional (Tabla VI) se observa que a mayor Autoconocimiento de las Emociones se incrementa Expresión Emocional ($P=0.000$), Competencias Intencionalidad ($p=0.000$), Creatividad ($p=0.000$), Resiliencia ($p=0.000$), Descontento Constructivo ($p=0.000$), Perspectiva ($p=0.000$), y Fuerza Personal ($p=0.000$), lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Micu (en prensa)

Tabla VI. Análisis de correlación r de Spearman entre las escalas de inteligencia emocional.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Autoconocimiento de las Emociones	---							
2.Expresión Emocional	0.552 0.000							
3.Competencias, intencionalidad	0.617 0.000	0.522 0.000						
4. Creatividad	0.405 0.000	0.471 0.000	0.468 0.000					
5. Resiliencia	0.537 0.000	0.493 0.000	0.716 0.000	0.579 0.000				
6.Descontento, Constructivo	0.502 0.000	0.525 0.000	0.580 0.000	0.482 0.000	0.646 0.000			
7. Perspectiva	0.485 0.000	0.454 0.000	0.521 0.000	0.445 0.000	0.631 0.000	0.584 0.000		
8. Fuerza Personal	0.500 0.000	0.453 0.000	0.553 0.000	0.446 0.000	0.61 0.000	0.492 0.000	0.615 0.000	-

Resultados Desgaste Laboral

Estadística Descriptiva de las Frecuencias y Clasificación de Desgaste Laboral por Escalas. La estadística descriptiva de las frecuencias observadas en el Cuestionario de Desgaste Laboral (Tabla VII); en la escala de Agotamiento Emocional, se observa que un 8 % presenta un nivel alto, el 11% presenta nivel medio, y un 81% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan un bajo nivel de Agotamiento Emocional.

En la escala de Despersonalización (Tabla VII), se observa que un 17 % presentan nivel alto, 25% nivel medio y 58% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan un bajo nivel de Despersonalización. Algunos autores (Álvarez y col., 1991) señalan que las personas con despersonalización presentan una serie de síntomas defensivos en estas circunstancias, como la negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que les es desagradable, y evitación de la experiencia negativa con supresión constante de la información y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. Estas medidas defensivas llevan a evitar a los propios usuarios, y a abandonar de un modo u otro, el ejercicio de sus tareas asignadas, incluso sus propias metas profesionales.

En el Cuestionario de Desgaste Laboral (Tabla VII), en la escala de Realización Personal se observa que un 72 % presentan un nivel alto Realización Personal, 16% presentan nivel medio y se observa que un 12% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan un nivel bajo de Realización Personal.

Tabla VII. Estadística descriptiva de la frecuencia en la clasificación de desgaste laboral por escalas

Escalas	Frecuencias	Porcentajes
Agotamiento Emocional		
Alto	18	8
Medio	25	11
Bajo	191	81
	234	100
Despersonalización	No.	%
Alto	40	17
Medio	57	24
Bajo	137	59
	234	100
Realización Personal	No.	%
Alto	168	72
Medio	38	16
Bajo	28	12
	234	100

Análisis de Asociación de X² de Desgaste Laboral y Variables Sociodemográficas. Al realizarse el análisis de asociación X², se encontró asociación entre algunas variables categóricas y las escalas de Desgaste Laboral. En Edad y Despersonalización (X²= 13.3; gl. 6; p=0.038); (Tabla VIII). Observándose que el puntaje más alto de Despersonalización se presenta en el rango de edad de 18 a 29 años, el nivel medio de Despersonalización se encuentra en el rango de edad de 30 a 39 años, y el nivel más bajo de Despersonalización se encuentra en el rango de 50 a 66 años. Resultados que son similares a los encontrados en otros estudios (Palomera, 2006) nos señalan que las personas con más edad y con más experiencia reparan mejor sus emociones negativas o fomentan emociones positivas por medio de estrategias. Esto podría explicar el hecho de por qué la Despersonalización es más frecuente en los trabajadores jóvenes; los más experimentados han podido desarrollar estrategias y cierta introspección, lo que les ha facilitado el afrontamiento de estresores diarios. De igual forma otros hallazgos (Cherniss, 1982; Maslach, 1982), ratifican que el personal novel muestra mayores niveles de estrés y que a medida que se asciende en la escala de edad se va adquiriendo mayor seguridad en sí mismo y presentando una menor vulnerabilidad a las presiones.

En los resultados obtenidos en la Escala de Realización Personal entre profesiones (Tabla VIII), se obtuvo una (X²= 11.38; gl. 4; p=0.023); lo cual nos señala que existe una asociación entre Profesión y la Realización Personal. Se observa que los niveles más altos de Realización Personal se encuentran en los Médicos y Trabajadoras Sociales, el área de Enfermería presentando los niveles más bajos de Realización Personal, lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios (Román, 2003; Albaladejo, 2004).

Tabla VIII. Análisis de asociación de X^2 entre las escalas de desgaste laboral y variables sociodemográficas

	Edad	Sexo	Estado Civil	Profesión
1. Agotamiento Emocional	$X^2=6.41$ gl. 6 $p=0.379$	$X^2=3.07$ gl.2 $p=0.215$	$X^2=2.67$ gl. 4 $p=0.613$	$X^2=3.68$ gl. 4 $p=0.450$
2. Despersonalización	$X^2=13.35$ gl.6 $p=0.038$	$X^2=0.41$ gl.2 $p=0.811$	$X^2=1.17$ gl.4 $p=0.882$	$X^2=4.13$ gl.4 $p=0.387$
3. Realización Personal	$X^2=6.89$ gl.6 $p=0.331$	$X^2=0.18$ gl.2 $p=0.912$	$X^2=1.26$ gl.4 $p=0.867$	$X^2=11.38$ gl.4 $p=0.023$

Análisis de Correlación r de Spearman Entre las Escalas de Desgaste Laboral. Las correlaciones entre las diferentes escalas de Desgaste Laboral (Tabla IX), nos señalan que a mayor Agotamiento Emocional se incrementa la Despersonalización (r de Spearman=0.1911;p=0.0033) Estudios similares (Guerrero, 2003) nos indican que los individuos que sufren mayor grado de agotamiento emocional presentan sentimientos de despersonalización más frecuentemente. Es decir que el trabajador de la salud que se siente hastiado emocionalmente y con la sensación de no poder más de sí mismo a los demás, presenta actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia las personas que se benefician con su trabajo. Al tratar de distanciarse de los usuarios de los servicios muestran una menor realización personal, que supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, presentando bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima.

Se observa así mismo que al incrementarse la Realización Personal, es decir, el sentimiento y la creencia de que el trabajo vale la pena, disminuye el Agotamiento Emocional (r de Spearman=-0.1322; p=0.0322) esto es, aminora el tedio por el trabajo, se reduce el desgaste, el agotamiento y la fatiga en el trabajador de la salud.

Al aumentar la Realización Personal, decrece la Despersonalización (r de Spearman=-0.1886; p=0.0038), lo cual nos señala que menguan las actitudes negativas hacia los usuarios de los servicios, disminuyendo el cinismo y la insensibilidad.

Tabla. IX. Correlación r de Spearman entre las escalas de desgaste laboral.

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
1..Agotamiento Emocional	-----		
2. Despersonalización	0.1911 0.0033	---	
3. Realización Personal	-0.1401 0.0322	-0.1886 0.0038	---

Resultados de Sentido de Vida.

Estadística Descriptiva, Frecuencia de la Clasificación de Sentido de Vida. En el Cuestionario de Sentido de Vida (Tabla X), se observa que un 35% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan una Buena Orientación en su Sentido de vida, lo que nos indica que presentan pocos síntomas de frustración, estabilidad y buena higiene mental, el 53% de ellos manifiesta un Sentido de Vida normal, lo cual significa que poseen una orientación de Sentido no muy alta, frustración eventual e higiene mental regular. Y 12% de los participantes revelan Ausencia de Sentido de Vida, lo que nos señala fuerte sentimientos de frustración ante los fracasos de la vida e higiene mental deficiente, lo cual difiere a lo encontrado en otros estudios (Ortiz, 1998), en donde señala que aproximadamente un 50% de su muestra carece de un Sentido de Vida o presenta Vacío Existencial, en cambio (Frankl, 1999) nos indica que cerca de un 20% de la población padece de frustración existencial.

Tabla X. Estadística descriptiva, frecuencia de la clasificación de sentido de vida.

SENTIDO DE VIDA	PARTICIPANTES	
	Frecuencias	Porcentajes
Ausencia de Sentido de Vida	27	12
Sentido de Vida normal	124	53
Buena orientación de Sentido de Vida	83	35
TOTAL	234	100

Estadística descriptiva de las frecuencias y clasificación de sentido de vida en sus tres escalas. En la escala de Valores de Creación (Tabla XI), se observa que un 16% presentan Ausencia de Sentido de Vida, lo que pone de manifiesto el conflicto en encontrar sentido en el trabajo y la creatividad. Un 31% presentan un Sentido de Vida Normal y un se observa que un 52% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan una Buena Orientación de Sentido de Vida.

En la escala de Valores Vivenciales (Tabla XI), se manifiesta que un 17% reflejan Ausencia de Sentido de Vida, lo que conlleva dificultad de encontrar gusto y placer en las experiencias de encuentro con los otros. Un 35% presenta un Sentido de Vida Normal y se observa que un 47% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan una Buena Orientación de Sentido de Vida.

En la escala de Valores de Actitud (Tabla XI), se muestra que un 34% exhiben Ausencia de Sentido de Vida, lo cual nos refleja que se presentan limitaciones al asumir las situaciones de sufrimiento, como enfrentarlo, con dudas de cómo afrontar la adversidad. Un 39% presentan un Sentido de Vida Normal y un se observa que un 26% de los participantes en la Estrategia ABC en Obstetricia presentan una Buena Orientación de Sentido de Vida

Tabla XI. Estadística descriptiva de las frecuencias y clasificación de sentido de vida en sus tres escalas.

Escalas	Frecuencias	Porcentaje
Valores de Creación		
Ausencia de Sentido de Vida	39	17
Sentido de Vida normal	73	31
Buena orientación de Sentido de Vida	122	52
	234	100
Valores Vivenciales	No.	%
Ausencia de Sentido de Vida	41	18
Sentido de Vida normal	82	35
Buena orientación de Sentido de Vida	111	47
	234	100
Valores de Actitud	No.	%
Ausencia de Sentido de Vida	78	34
Sentido de Vida normal	93	40
Buena orientación de Sentido de Vida	63	26
	234	100

Correlación r de Spearman Entre las Escalas de Sentido de Vida.

En el análisis estadístico realizado (Tabla XII), se observa que a mayor puntaje en Valores de Creación, se incrementan los Valores de Actitud (r de Spearman 0.1303; $p=0.0466$), ello nos indica que cuando nuestro sentido de la vida y la economía es agradable, el sentido del ser y de triunfar, la realización laboral y personal se acrecienta la capacidad de sobrellevar los golpes del destino y el sufrimiento.

De manera semejante, al aumentar el Sentido de Vida en Valores Vivenciales, se incrementa el Sentido de Vida en Valores de Actitud (r de Spearman 0.2067; $p=0.0015$), es decir, cuando hay sentido pleno de la vida, satisfacción laboral y deseos de vivir, se eleva la capacidad de enfrentar situaciones inevitables de sufrimiento conservando su dignidad.

Tabla XII. Correlación r de Spearman entre las escalas de sentido de vida.

	Valores de Creación	Valores Vivenciales	Valores de Actitud
1.Valores de Creación	----		
2. Valores Vivenciales	-0.0101 0.8773	---	
3.Valores de Actitud	0.1303 0.0466	0.2067 0.0015	---

Correlación r de Spearman entre las escalas de Desgaste Laboral e Inteligencia Emocional. En el análisis de Correlación r de Spearman realizado de las escalas de Desgaste Laboral e Inteligencia Emocional (Tabla XIII), se observa que al disminuir el Agotamiento Emocional se incrementa el Autoconocimiento de las Emociones (r de Spearman=-0.1561; p=0.0169), Competencias (r de Spearman=-0.1724; p=0.0082), Resiliencia ((r de Spearman=-0.1940; p=0.0029), Descontento Constructivo (r de Spearman=-0.1343;p=0.0400),Perspectiva (r de Spearman=-0.2093; p=0.0013) y Fuerza Personal (r de Spearman=-p=0.0009). Lo anterior concuerda con otros resultados (Extremera y col., 2005) los cuales señalan que, las personas que presentan menor Agotamiento Emocional, aumentan el Autoconocimiento y Expresión de las Emociones, presentando mayor capacidad de reparación emocional.

Tabla XIII. Correlación r de Spearman entre las escalas de desgaste laboral e inteligencia emocional.

INTELIGENCIA EMOCIONAL	DESGASTE LABORAL		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Autoconocimiento de las Emociones	-0.1561 0.0169	-0.1871 0.0041	0.2962 0.0000
Expresión Emocional	-0.1149 0.0795	-0.1310 0.0453	0.2276 0.0004
Competencias Intencionalidad	-0.1724 0.0082	0.1886 0.0038	0.2375 0.0002
Creatividad	-0.1156 0.0777	-0.1653 0.0113	0.0863 0.1885
Resiliencia	-0.1940 0.0029	-0.2418 0.0002	0.1724 0.0082
Descontento Constructivo	-0.1343 0.0400	-0.1538 0.0185	0.1453 0.0262
Perspectiva	-0.2093 0.0013	-0.1948 0.0028	0.1354 0.0385
Fuerza Personal	-0.2164 0.0009	-0.1918 0.0032	0.2292 0.0004

Así mismo se observa (Tabla XIII) que a mayor Despersonalización disminuye el Autoconocimiento de las Emociones (r de Spearman=-0.1871; $p=0.0041$), Expresión Emocional (r de Spearman=-0.1310; $p=0.0453$), Competencias, Intencionalidad (r de Spearman=-0.1886; $p=0.0038$), Creatividad (r de Spearman=-0.1653; $p=0.0113$), Resiliencia (r de Spearman=-0.2418; $p=0.0002$); Descontento Constructivo (r de Spearman=-0.1538; $p=0.0185$), Perspectiva (r de Spearman=-0.1948; $p=0.0028$), y disminuye la Fuerza Personal (r de Spearman=-0.1918; $p=0.0032$); otros resultados nos indican que (Extremera y col., 2007; Vera y col., 2007) a mayor puntuación en los niveles de Despersonalización disminuye la capacidad de reparación emocional, es decir, se dificulta la interrupción de estados emocionales negativos. Se encuentra que (Extremera y col., 2005), las personas con mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos y con más baja capacidad para reparar sus estados afectivos, indican mayor nivel de Despersonalización, de igual forma otro estudio (Nogueira y col., 2005) nos plantea que aquellas personas que tienen sus emociones poco claras presentan más sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia los usuarios

En la Escala de Realización Personal e Inteligencia Emocional (Tabla XIII) se observa que, al incrementarse la Realización Personal aumentan las siguientes escalas, Autoconocimiento de las Emociones (r de Spearman=0.2962; $p=0.0000$), Expresión Emocional (r de Spearman=0.2276; $p=0.0004$), Competencias Intencionalidad (r de Spearman=0.2375; $p=0.0002$), Resiliencia (r de Spearman=0.1724; $p=0.0082$), Descontento Constructivo (r de Spearman=0.1453; $p=0.0262$), Perspectiva (r de Spearman=0.1354; $p=0.0385$), y Fuerza Personal (r de Spearman=0.2292; $p=0.0004$), Estos resultados son congruentes con otros autores (Extremera y col., 2005), en donde nos indican que un mayor nivel de Realización Personal existe una capacidad más elevada para reparar y discriminar los estados emocionales, la persona tiene mayor facilidad para comprender el origen de sus emociones, qué acontecimientos esperar de

esas emociones y sus consecuencias. Las personas que presenten niveles moderados de atención a las emociones serán los que llevarán a cabo estrategias de regulación emocional más adaptativas, ya que utilizarán eficientemente la información obtenida de sus emociones, mostrando que aumenta la satisfacción vital de las personas tras controlar sus niveles anímicos. Así mismo otro estudio (Clèries y col., 2002) nos indica que ser capaz, por parte del profesional, de prestar atención empática a los demás no es una habilidad gratuita o una gracia especial; es por el contrario, una habilidad que está en relación con la capacidad de comunicación y la habilidad de percepción de sí mismo. Sentirse a gusto consigo mismo es la condición necesaria para relacionarse de forma efectiva con los demás.

Correlación r de Spearman Entre las Escalas de Sentido de Vida e Inteligencia Emocional. En el análisis de correlación r de Spearman entre el Cuestionario de Sentido de Vida con el de Inteligencia Emocional (Tabla XIV), se observa que a mayor Ausencia de Sentido de Vida en Valores de Creación disminuye la Resiliencia, la capacidad de sobreponerse a los problemas que se le presentan en la vida (r de Spearman=-0.1475; $p=0.0241$), por lo que, al existir un vacío en nuestro trabajo, es decir, en el proceso de sentirse incapaz de dar lo mejor de sí mismo, disminuye la capacidad de enfrentar los problemas que le afectan, así como la posibilidad de reponerse a los conflictos con gran carga emocional que se le presentan, lo anterior concuerda con otros estudios (Ortiz, 1998).

Tabla XIV Correlación r de Spearman entre las escalas de sentido de vida e inteligencia emocional.

INTELIGENCIA EMOCIONAL	SENTIDO DE VIDA		
	Valores de Creación	Valores Vivenciales	Valores de Actitud
Autoconocimiento de las Emociones	-0.0756 0.2491	-0.2823 0.0000	-0.0813 0.2153
Expresión Emocional	-0.1154 0.0782	-0.2053 0.0016	-0.0852 0.1939
Competencias Intencionalidad	-0.0697 0.2886	-0.3653 0.0000	-0.1166 0.0752
Creatividad	-0.0592 0.3696	-0.1946 0.0028	-0.2055 0.0016
Resiliencia	-0.1475 0.0241	-0.2767 0.0000	-0.1190 0.0692
Descontento Constructivo	-0.1031 0.1159	-0.2309 0.0004	-0.0852 0.1940
Perspectiva	-0.0442 0.5014	-0.2862 0.0000	-0.1349 0.0392
Fuerza Personal	-0.0953 0.1462	-0.3152 0.0000	-0.0900 0.1699

A mayor Ausencia de Sentido de Vida en Valores Vivenciales (Tabla XIV), existe disminución en las siguientes escalas: Autoconocimiento de las Emociones (r de Spearman=-0.2823; $p=0.000$), Expresión Emocional (r de Spearman=0.2053; $p=0.0016$), Competencias, Intencionalidad (r de Spearman=-0.3653; $p=0.000$), Creatividad (r de Spearman=-0.1946; $p=0.0028$), Resiliencia (r de Spearman=-0.2767; $p=0.0000$), Descontento Constructivo (r de Spearman=-0.2309; $p=0.0004$), Perspectiva (r de Spearman=-0.2863; $p=0.0000$), y Fuerza Personal (r de Spearman=-0.3151; $p=0.0000$), lo cual nos revela que cuando no somos capaces de encontrar sentido en las experiencias vividas en el encuentro con los otros, presentando coraje, frustración, insatisfacción laboral, así como ansiedad, se ve afectada la autopercepción de las emociones, su expresión y la capacidad de enfrentar los problemas en la vida personal, acorde a lo encontrado en otro estudio (Ortiz, 1998), en donde nos indica que cuando existe Ausencia de Sentido de Vida en Valores Vivenciales va seguido por insatisfacción laboral, así como la dificultad para manejar situaciones de crisis

En el análisis de correlación r de Spearman entre las Escalas de Sentido de Vida e Inteligencia Emocional (Tabla XIV), se observa que, al aumentar la Ausencia de Sentido de Vida en Valores de Actitud, disminuye la Creatividad (r de Spearman=-0.2055; $p=0.0016$) y la Perspectiva (r de Spearman=-0.1349; $p=0.0392$), ello nos confirma que cuando a la persona se le dificulta hacer frente al sufrimiento y a la adversidad, encuentra impedimentos para buscar nuevas soluciones y le resulta complicado generar nuevas posibilidades para resolver y reparar las situaciones conflictivas que se le presentan.

Correlación r de Spearman Entre las Escalas de Sentido de Vida

y Desgaste Laboral. En el análisis de correlación r de Spearman, entre el Cuestionario de Sentido de Vida con el de Desgaste Laboral (Tabla XV) se observa que al aumentar la Ausencia de Sentido de Vida en Valores Vivenciales se incrementa el Agotamiento Emocional (r de Spearman=0.2070; p=0.0014), Despersonalización (r de Spearman=0.2326;p=0.0003), en el personal de salud, tal como se señala (L'Ange, 1994), el Vacío Existencial va mano a mano con un alto grado de despersonalización (distancia hacia los pacientes) y un alto grado de Agotamiento Emocional. Se encontró que estos dos síntomas en particular, continuaban en aumento aún cuando su vida privada era considerada como plena de sentido en contraste con su vida profesional.

La Ausencia de Sentido de Vida o Vacío Existencial fue definido por Frankl como una pérdida de interés que ser conductor de un estado de aburrimiento y una falta de iniciativa que puede conducir a la apatía. Como consecuencia, semejante pérdida de interés e iniciativa llevan a un profundo sentimiento del sin sentido (Frankl, 1987). Los síntomas predominantes del burnout son similares al sentimiento de vacío y falta de sentido, dos síntomas importantes que planteara Frankl para caracterizar el vacío existencial. Por lo tanto el burnout puede ser entendido como una forma especial de vacío existencial que también incluye síntomas físicos como el agotamiento Emocional.

Tabla XV. Correlación entre las diferentes escalas de sentido de vida y desgaste laboral.

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Valores de Creación	-0.516 0.4324	-0.0452 0.4911	-0.0529 0.4209
Valores Vivenciales	0.2070 0.0014	0.2326 0.0003	0.2814 0.0000
Valores de Actitud	0.0238 0.7168	-0.0044 0.9470	-0.0621 0.3439

Se observa que al aumentar el Sentido de Vida en Valores Vivenciales aumenta la Realización Personal (r de Spearman=0.2814; $p=0.0000$) en estudios realizados (Karazman, 1994), se demostró que los médicos que tenían una sensación de sentido, tanto en su vida privada como en su vida profesional, mostraban menos predisposición que la media para el burnout. Pero los médicos que tenían manifestaciones del vacío existencial, mostraban una alta incidencia del burnout, mientras que su eficiencia sólo estaba moderadamente afectada.

Desde una perspectiva logoterapéutica, el burnout puede ser explicado como un déficit en el Sentido Existencial. Caracterizándose por una sensación de realización interna y de plenitud. Precisamente esta experiencia de realización interna y de plenitud podrá persistir, aún bajo el aspecto de fatiga y agotamiento, siempre y cuando, permanezcan emocionalmente vigentes: la relación con uno mismo, la experiencia de estar llevando a cabo voluntariamente las actividades y la sensación que éstas tienen valor (Frankl, 1987; Lângle, 1994).

Comprendiendo el campo de la logoterapia, la persona que está bajo la experiencia de burnout se cierra a un sentido existencial con respecto a las actividades que encara. Esto significa que el sentimiento de plenitud no se logró. Es por ello que el burnout puede ser descrito como un desorden del bienestar, causado por un déficit de plenitud.

En otras palabras: la verdadera plenitud en el trabajo es la mejor protección contra el burnout. Si una persona trabaja con placer e interés en un proyecto y experimenta su vida sintiéndola valiosa y llena de sentido, esa persona no está en peligro de precipitarse hacia el burnout.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que el Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida del personal participante en la Estrategia ABC en Obstetricia, vinculado al manejo del embarazo parto y puerperio en los Servicios de Salud de Sonora, es el siguiente:

1. En el cuestionario de Inteligencia Emocional los Médicos manifiestan niveles Óptimos en la autopercepción, expresión de sus emociones, así como en la capacidad de sobreponerse a las situaciones con gran carga emocional que se le presentan.
2. La exploración realizada, revela que las Enfermeras se encuentran más vulnerables en el manejo de sus emociones, presentando dificultades en el afrontamiento de las mismas.
3. Las personas casadas manifiestan mayor facilidad para expresar sus emociones, siendo los divorciados quienes presentan limitaciones para la expresión de las mismas.
4. Las Trabajadoras Sociales reflejan una mejor capacidad para reponerse a los conflictos con gran carga emocional que se le presentan.
5. Las personas más jóvenes se encuentran más vulnerables en su habilidad para reconocer sus posibilidades personales para solucionar un problema, encontrando que las personas de mayor edad poseen una estructura emocional más sólida.

6. Lo cual se ratifica en lo encontrado en el cuestionario de Desgaste Laboral, en donde las personas más jóvenes manifiestan un nivel más alto de despersonalización, confirmando que las personas con más edad revelan menos vulnerabilidad y despersonalización.
7. Los niveles más altos de Realización Personal se encuentra en los Médicos, reflejando el personal de Enfermería un nivel más bajo de Realización Personal.
8. Cuando nuestro Sentido de Vida es pleno se tiene la capacidad de enfrentar las situaciones de inevitable sufrimiento, logrando encontrar sentido en el trabajo y en el encuentro con los otros.
9. Se observa que las personas que tienen sus emociones poco claras presentan más sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia los usuarios.
10. Un nivel Óptimo de Inteligencia Emocional indica un mayor nivel de Realización Personal.
11. Al existir Ausencia de Sentido de Vida, impide la posibilidad de dar lo mejor de sí mismo, disminuyendo la capacidad de enfrentar problemas con gran carga emocional que se presentan.
12. El Vacío Existencial va de la mano con el Desgaste Laboral, con el distanciamiento hacia los pacientes y la falta de Realización Personal.

RECOMENDACIONES

Desde la publicación del primer artículo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer en 1990, se ha generado un gran interés, si bien el constructo de Inteligencia Emocional ha sido empleado de una manera muy diversa y una gran mayoría de las veces sin una base científica, a lo largo de estos 18 años se ha consolidado, existiendo hoy en día una gran cantidad de productos científicos en esta área, que corroboran la importancia de considerar las emociones de las personas y cómo impactan en su vida cotidiana sin que se percate de ello.

Específicamente el trabajo en salud, se caracteriza por el intercambio de emociones, tanto del usuario como del profesional que presta sus servicios, situación clave para quienes laboran en el control de embarazo, atención del parto y puerperio en los Servicios de Salud de Sonora.

La interacción con el paciente propicia que se manifieste lo mejor del trabajador de la salud, pero si no toma conciencia de sus propias emociones, estas afloraran de manera totalmente inconsciente, surgiendo en ocasiones sensaciones negativas y displacenteras hacia los usuarios a quienes va dirigido su trabajo. Propiciando con ello enojo, temor, frustración, agresividad, entre otras, lo cual genera una falta de realización personal y un vacío existencial, que puede llevar a una atención médica de baja calidad, contribuyendo a que en ocasiones el profesional tome decisiones médicas

inadecuadas que pueden afectar directamente la salud de sus pacientes, en este caso, la atención a la mujer embarazada, su parto y su puerperio.

Es necesario recalcar que cuando los pacientes o usuarios de los servicios acuden a la consulta médica, habitualmente se presentan en un estado de desvalimiento e indefensión al encontrarse ante la pérdida de su salud, de su seguridad. Se necesita por lo tanto, conocer que el paciente requiere no solamente la curación del padecimiento cuestión fundamental de la consulta médica, sino que demanda en silencio, apoyo, consuelo y acompañamiento la gran mayoría de las veces. Para lograr lo anterior el profesional de la salud necesita tener conciencia de sus propias emociones, lograr el autoconocimiento y gestión de las mismas, con ello podrá entonces estar en condiciones de enriquecer su capacidad de respuesta ante sus pacientes.

Al identificar como se encuentra el Perfil de Inteligencia Emocional, Desgaste Laboral y Sentido de Vida del personal que labora en el manejo y control del embarazo, atención del parto y puerperio dentro de los Servicios de Salud de Sonora, hace necesario valorar la importancia de que los trabajadores pueden angustiarse, frustrarse, enojarse y emplear diversos mecanismos que pueden o no ser los más adecuados en la relación asistencial, por lo tanto se precisa identificar y comprender sus propias emociones, y el manejo de las mismas, ya que estas pueden incidir en su desempeño profesional. Los conocimientos técnicos, los recursos materiales, las grandes tecnologías de poco sirven si antes no se consideran la influencia de las emociones en la relación asistencial.

Hoy sabemos el riesgo de que un trabajador de la salud puede tener dificultades en el manejo y gestión de sus emociones, no con el afán de juzgarlo, criticarlo, rechazarlo, menospreciarlo o crucificarlo, lo que ésta investigación aporta, es el hecho de que se requiere darnos a la tarea ineludible de generar espacios de capacitación como la Estrategia ABC en

Obstetricia, que contribuyan a que los trabajadores sanitarios identifiquen sus necesidades, sus emociones, se conozcan a sí mismos, todo ello contribuirá a una mayor adaptación y compromiso laboral, permitiéndole descubrir sus respuestas de distanciamiento y frialdad hacia sus pacientes y usuarios de los servicios, alcanzando un incremento en su satisfacción laboral y mayor Sentido de Vida.

Entrar en éste campo no es fácil, habitualmente existe cierta resistencia por parte del personal para permitirse algún trabajo de tipo emocional, ya que puede sentirse presionado para mostrar una imagen saludable, que no tiene que corresponder siempre a la realidad, rechazando tajantemente el plano emocional y afectivo de ser persona, profesional, convirtiéndose en una pared. Es por ello que es indispensable favorecer que el personal entre en contacto con su esencia de ser humano, con sus emociones.

Facilitar esta apertura emocional en el trabajador de la salud, es un recurso para que redescubra el goce de su labor profesional, del encuentro con los usuarios en la consulta médica, favoreciendo de esta manera un crecimiento personal y profesional. Beneficiando con ello a los usuarios de sus servicios ya que se pueden sentir más comprendidos y satisfechos de la atención sanitaria que reciben, contribuyendo a mejorar la atención en el servicio prestado a la mujer embarazada, disminuyendo con ello el riesgo de una muerte materna.

Conocerse a sí mismo, es una condición básica para relacionarse, amar, tolerar y ser tolerante con los demás, amigos, familiares y sobre todo con los pacientes, es decir puede ser capaz de enfrentarse a situaciones conflictivas, no entrar en discusiones, escuchar y acompañar al paciente o a sus familiares, situación clave y necesaria para el trabajo directo en el control del embarazo, atención del parto y puerperio.

REFERENCIAS

1. Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., 2004. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 78(4): 505-516.
2. Álvarez, G., Fernández, R. 1991. El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. 11: 257-265.
3. Arboleda, C. A., Cabrera, D. K. 2000. El corazón del rendimiento académico. *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte*. 5:1-29.
4. Berger, P., Luckmann, T. 1979. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
5. Bermúdez, M., Álvarez, T., Sánchez, A. 2003. Análisis de la relación entre Inteligencia Emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Univ. Psicol.* 2 (1): 27-32.
6. Boada, J., Vallejo, R. 2004. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*. 16(1):125-131.
7. Biones. G., Díaz L. 2004. Mortalidad maternal y medicina crítica. Tres décadas 1973-1993. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 18(4):118-122.
8. Brotheridge, M. C. 2006. The role of emotional intelligence and a other individual difference variables in predicting emotional labor relative to situational demands. *Psicothema*. 18(supl):139-144.
9. Brown, J. M., Kikcaldy, B. D. 2000. Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional

- Quotient Inventory. *Personality and individual differences*. 28:1107-1118.
10. Bruce, S. M., Conaglen, H. M., Conaglen, J. V. 2005. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Internal Medicine Journal*. 35(5): 272–278.
 11. Cabello, P. 2000. El Sentido de la Vida. *Revista Pharos*. 7(2) 95-99.
 12. Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ruiz, D. 2005. La evaluación de la regulación emocional. En Giménez de la Peña. *Comportamiento y palabra*. 25-26.
 13. Cáceres, M. F., Díaz, M. L. 2007 La mortalidad materna en el hospital universitario Ramón González Valencia entre 1994-2004. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 8(2):99-107.
 14. Cannon, M. 2006. On burnout and other demons. *Emergency Medicine Australasia*. 18: 510-512.
 15. Castro, C. 2001 La vida no tiene sentido: el vacío existencial en estudiantes de pregrado en la Universidad Católica Andrés Bello. Tesis de grado.
 16. Cherniss, C. 1980. *Burnout: Job Stress in the Human Services*. London: Sage Publications.
 17. Clèries, X., Raya M. A., Kronfly, E. 2002. Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivaciones en la relación asistencial. *Educación Médica*. 5(3)113-125.
 18. Conangla, M. 2004. Acompañar en un viaje emocional: la Inteligencia Emocional aplicada a la profesión de ayuda. *Revista Rol de Enfermería*. 27 (3): 42-50.
 19. Cortés, S., Barragán, J. F. 2002. Perfil de Inteligencia Emocional: Construcción, validez y confiabilidad. *Salud Mental*, 25(5).
 20. De Castro, A. 2002. Cara a cara con la muerte: buscando el sentido. *Revista Psicología del Caribe*. 9:1-19.
 21. De las Cuevas, C., 2003. Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 5(2):107-113.

22. Díaz, E. D. 2006. Mortalidad materna, una tarea inconclusa. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.
23. Durán, A., Extremera, N., 2004. Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports*. 95: 386-390.
24. Edelwich, J., Brodsky A. 1980. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
25. Erikson, E. 1970. *Infancia y Sociedad*. Argentina: Hormé.
26. Evers, W., Brouwers, A., 2002. Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*. 11(1): 2-9.
27. Extremera, N., Durán, A., Rey, L. 2007. Inteligencia Emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de educación*. 342:239-256.
28. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2001. El modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey. *II Jornada de Innovación Pedagógica*.
29. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2004a. El papel de la Inteligencia Emocional en el alumnado: Evidencias Empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 6:2.
30. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2004b. Inteligencia Emocional, ansiedad, calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes. *Interpsiquis*.
31. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2004c. La Inteligencia Emocional en la vida cotidiana. *Universidad para Mayores. Aula de Formación Abierta*. 111-116.
32. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2005. Examen de las relaciones entre Inteligencia Emocional, salud mental, y burnout en profesores de secundaria, un estudio piloto. *Interpsíquis*.
33. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2005. Inteligencia Emocional percibida y diferencias individuales en el metaconocimiento de los

- estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés*. 11(2-3):101-122.
34. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. 2006. Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*. 9(1): 45-51.
35. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Durán, A. 2003. Inteligencia Emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*. 1: 260-265.
36. Fabry, J. 1992. *La búsqueda de significado*. México: Fondo Cultura Económica.
37. Fernandez, B., Extremera N. 2006. Emotional Intelligence: A theoretical and Empirical Review of its first 15 years of history. *Psicothema*. 18(1).
38. Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. 2003. Educar la Inteligencia Emocional. *Tamadaba*. 6:4-5.
39. Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. 1999a. Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*. 5(2-3):247-260.
40. Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., Extremera, N. 2001a. Inteligencia Emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*. 70: 79-95.
41. Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., Orozco, F. 1999b. La influencia de la Inteligencia Emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*. 59:1-5.
42. Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., Extremera, N. 2001b. Cultura, Inteligencia Emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 4: 1-15.
43. Flores, L. 2003. Salud Mental del Médico. *Salud Global*. 3(2).
44. Frankl, V. 1999. *El hombre en busca de sentido*. Ed. Herder. España.
45. Frankl, V. 1987. *Psicoterapia y humanismo*. Editorial Herder. España.

46. Frankl, V. 1997 *Ante el Vacío Existencial*. Editorial Herder. España.
47. Giddens, A. 1995. *Modernidad e Identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península. Barcelona.
48. Gil-Monte, P. 1991. Una nota sobre el concepto de burnout, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*. 46-47.
49. Gil-Monte, P. 2002. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*. 44(1): 33-40.
50. Gil-Monte, P. 2005. El síndrome de Quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica*.
51. Gohm, C. L. 1998. Personality and work relationships. Unpublished raw data.
52. Gohm, C. L. 2003. Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84: 594-607.
53. Gohm, C. L., Baumann, M. R., Sniezek, J. A. 2001. Personality in Extreme Situations: Thinking (or Not) under Acute Stress. *Journal of Research in Personality*. 35:388–399
54. Gohm, C. L., Clore, G. L. 2000. Individual differences in the emotional experience: Mapping available scales to processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 26: 679-697
55. Gohm, C. L., Clore, G. L. 2002a. Affect as information: An individual-differences approach. En L. Feldman Barrett y P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence*. 341-359
56. Gohm, C. L., Clore, G. L. 2002b. Four latent traits of emotional experience and their involvement in attributional style, coping and well-being. *Cognition and Emotion*. 16: 495-518.

57. Gohm, C., Corser, G. 2005. Emocional Intelligence under stress: useful, unnecessary, or irrelevant?. *Personality and Individual Differences*. 39:1017-1028.
58. Goleman, D. 1995. *Inteligencia Emocional*. Javier Vergara Editor.
59. Guerrero, B. E. 2003. Análisis Pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en el profesorado universitario. *Anales de Psicología*. 19(1):145-158
60. Guerrero, E., Rubio, C. 2005. Estrategia de prevención e intervención del burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental*. 28(5): 27-33.
61. Gutiérrez A., Celis L., Moreno, J. 2006. Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*. 11(4): 305-309.
62. Hernández, B., Langer, A., Romero, M. 1994. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos México, *Salud Pública Mex*. 36(5):521-529.
63. Hernandez, Z., L. 2004. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *Internacional Journal of clinical and health psychology*. 4(2): 323-336.
64. Johnson, P. R., Indvik, J. 1999. Organizational benefits of having emotionally intelligent managers and employees. *Journal of workplace learning*. 11:84-88.
65. Karazman, R. 1994. Das Burnout sybndrom. *Phânomenologia, Verlauf, Vergleich. Vortrag an der ôsterreichischen van Sweiten- Tagung vom*. 27:10.
66. Kilfedder, J., Power, J. W. 2001. Burnout in psychiatric nursing *Journal of Advanced Nursing*. 34 3):383–396.
67. Kroeff, P. 1998. Consideraciones sobre el valor de actitud en logoterapia. *Nouns: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. 2:39-45.
68. Lafuente, M.E., León, L.A. 2005. Vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermería. *Interpsiquis*.

69. Langer, Ana. 1994. La mortalidad materna en México: La contribución del aborto inducido. Razones y pasiones en torno al aborto. México. Edamex/Populaton Council. 149-153.
70. Lângle, A. 1994. Sinnvoll leben. Angewandte Existenzanalyse. St. Pölten. NP-Verlag, 4º.
71. Lângle, A. 2003. Burnout, Existencial Meaning and possibilities of prevention. European Psychotherapy. 4(1):107-121.
72. Lázaro, F. S. 2004. El desgaste profesional (Síndrome de Burnout) en los trabajadores sociales. Portularia. 4: 499-506.
73. Licea, J. L. 2002. La Inteligencia Emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud. Revista de Enfermería IMSS. 10(3):121-123
74. Limoner, J. T., Tomás-Sábado, J. 2004. Influencia de la Inteligencia Emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. Ansiedad y Estrés. 10:29-41.
75. Lipovetsky, Gilles. 1995. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Editorial Anagrama. Barcelona.
76. López, J., 2003. Enfoque logoterapéutico para el cultivo de la salud mental en pacientes con cáncer. Tesis de Grado Guatemala.
77. López, P., Grewall, D. 2006. Evidence that emocional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. Psicothema. 18(supl): 132-138.
78. Lozano, R., Hernández, B., Langer, Ana. 1994. Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. Maternidad sin riesgos en México. 43-52.
79. Lukas, E. 1986 (Versión castellana de 1996) Logo-test. Test para la medición de la 'realización interior de sentido' y de la 'frustración existencial'. Ed. Almagesto: Buenos Aires.
80. Lukas, E. 2001. Paz vital, plenitud y placer de vivir. Los valores de la psicoterapia. Barcelona. Paidós.

81. Magaña, L., Zavala, M. A. 2004. Sentido de Vida de estudiantes de primer semestre de la Universidad La Salle Bajío. *Revista del Centro de Investigación, Universidad La Salle.* 6 (22): 5-13.
82. Maslach, C. 1982. *Burnout: The cost of caring.* Englewood Cliffs. New York: Prentice Hall.
83. Maslach, C., Jackson, S. E. 1997. *MBI- Inventario Burnout de Maslach.* Madrid:TEA.
84. Maslach, C., Schaufali, W. B., Leiter, M. P. 2001. Job burnout. *Rev. Psychol.* 52:397-422.
85. Maturana, H. 1997. Emociones y lenguaje. *Educación y política,* Dólmer. 19.
86. Mayer, J. D., Salovey, P. 1997. What is emotional intelligence? En P. Salovey D. Aluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators.* New York: Basic Books.
87. Mikolajczak, M., Luminet, O. 2006. Predicting resistente to stress: Incremental validdity of trait emocional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema.* 18(Supl):79-88.
88. Modolell, E., Sanz, J., Casado, S. 2004. Las emociones en la entrevista en psicooncología. *Psicooncología.* 1(2-3): 205-210
89. Moreno, B., Peñacoba, C. 1996. El estrés asistencial en los servicios de salud. *Manual de Psicología de la Salud, Fundamentos, Metodología y Aplicaciones.* Madrid. Biblioteca Nueva
90. Muldary, T. 1983. *Burnout and health professionals: Manifestations and management.* Norwalk, Connecticut: Appleton-century crofts.
91. Munley, A. 1985. Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nursing clinics of North America.* 20: 243-255.
92. Noblejas, F. 1999. Estructura factorial del test PIL y Logo-test. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial.* (3):67-84.
93. Nogueira, R., Gabari, J. M. 2005. Relación entre Inteligencia Emocional, asertividad y burnout. Ponencia Presentado en el Congreso Universitario de psicología y logopedia. noviembre 30-diciembre 2.

94. Novoa, G. M., Nieto, C., Forero C., 2005. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Univ. Psychol. Bogotá. 4: 63-75.
95. Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo. Cap. 2.
96. Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo. Cap. 3.
97. Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo. Cap. 4.
98. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna, 2004.
99. Ortega, R. C., López, R. F. 2004. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas, *Internacional Journal of clinical and health psychology*. 4(1): 137-160.
100. Ortiz, A. R. 1998. Terapia Gestalt en el estudio de Sentido de Vida en un grupo de psicólogas educativas. Tesis de Maestría. Instituto de Terapia Gestalt Región Occidente. Guadalajara.
101. Palomera, M. R., Gil-Olarte, M. P., Brackett, M. A. 2005. ¿Se perciben con Inteligencia Emocional los docentes? Posibles consecuencias sobre la calidad educativa. *Revista de Educación*. 34: 687-703.
102. Ponce, L., Arocena, M. 1999. Autorrealización y Autotrascendencia, Tesis de grado. Uruguay.
103. Programa Arranque parejo en la vida. 2002. Guía de sensibilización. Secretaria de Salud Pública.
104. Restrepo, T. 2001. Cura Médica de Almas. *Revista Psicología del Caribe*. 7:109-117.
105. Rodríguez, M., León S. L., Alonso M. 2005. Vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermería. *Interpsiquis*
106. Romanelli, F., Caim, J. 2006. Emotional Intelligence as a predictor of academia an/or professional succes. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 70(3): 69.

107. Ruiz, D., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Salguero-Noguera, J. M. 2005. La Inteligencia Emocional ante situaciones de estrés agudo. En Giménez de la Peña. Comportamiento y palabra, Estudios. 79-80.
108. Sábado, J. T., 2003. Las relaciones de la alexitimia con el estrés laboral en enfermería hospitalaria. Presentado VII Encuentro de Investigación en enfermería. Noviembre 19-21.
109. Salazar, H. 2007. Sentido de Vida en estudiantes universitarios. Prometeo. 51:61-66.
110. Salovey, P. 1990. Emotional Intelligence. Imagination, cognition, and personality. 9:185-211.
111. Salovey, P., Stroud, L. R. 2002. Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-mood Scale. Psychology and Health. 17:611-627.
112. Sánchez, A. 2004. Sentido de Vida. Humanidades Médicas. 5:13.
113. Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 2000. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. Journal of Advanced Nursing. 32(4):1025–1033.
114. Spear, L. W., Sudarshan, Ch., Devis A., Nelson, J. 2004. Job satisfaction and burnout in mental health services for older people Australasian Psychiatry 12 (1): 58–61.
115. Sternber, R. J. 1996. Successful intelligence: How practical and creative intelligence determine success in life. New York: Simon & Schuster
116. Velasco. M. V., Navarrete, H. E. 2006. Mortalidad materna en el IMSS 1991-2005. Un periodo de cambios. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 44(supl1):121-128.
117. Vera, A., Ravanal, I., Carrasco, C. 2007. Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional: Un análisis con enfoque psicosocial en una agencia Estatal Chilena. Ciencia y Trabajo. 9(24):51-54.

118. Zaccagnini, J. L. 2006. Usos y abusos de la Inteligencia Emocional. Infocop, Psicología, cáncer y cuidados paliativos. 27:30-32
119. www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr77/index/h