



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "ORIENTE"

"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LAS ESPECIALIDADES TRONCALES DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" Y LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "ORIENTE" DEL ISSSTE"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARISOL MEDRANO GARCÍA



ISSSTE MÉXICO, D. F. JUNIO DEL 2008. No DE REGISTRO: 002.2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON
EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES
DE LAS ESPECIALIDADES TRONCALES
DEL HOSPITAL REGIONAL “GRAL. IGNACIO ZARAGOZA”
Y LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” DEL ISSSTE”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARISOL MEDRANO GARCÍA

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ ÁNGEL SORIA GUERRERO
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” ISSSTE

DR. FERNANDO MORENO AGUILERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” ISSSTE

DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
ASESORA DE TESIS.

LIC. CLARA IVETTE HERNÁNDEZ VARGAS
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
ASESORA DE TESIS.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON
EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES
DE LAS ESPECIALIDADES TRONCALES
DEL HOSPITAL REGIONAL “GRAL. IGNACIO ZARAGOZA”
Y LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” DEL ISSSTE”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARISOL MEDRANO GARCÍA

AUTORIZACIONES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

AGRADECIMIENTOS:

A MI MADRE SILVIA GARCÍA.- Por su cariño, comprensión y soporte ilimitado que siempre me ha brindado. A través de su incondicional apoyo lleno de valiosos consejos, he podido concluir las grandes metas de mi vida, entre las cuales se encuentran la culminación exitosa, pero no interminable, de este esfuerzo de posgrado.

A MIS HERMANOS BLANCA Y JOSÉ ANTONIO.- Los cuales han estado conmigo cariñosos y tolerantes en todos mis proyectos de vida.

A LA DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA, DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M.- Por su entereza profesional, dinámica, entusiasta y afectuosa, vertida a favor de la desinteresada asesoría recibida, para culminar este trabajo de investigación.

A LA LIC. CLARA IVETTE HERNÁNDEZ, DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M.- Por su invaluable asesoría sin la cual, no hubiera sido posible la consecución de este humilde trabajo.

A LA DRA. SILVIA LANDGRAVE, DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M.- Por su tiempo y consejos ofrecidos, que me mostraron que su incalculable ayuda profesional, se encuentra inmersa en una gran calidad humana.

AL DR. FERNANDO MORENO, DE LA CMF “ORIENTE”, I.S.S.S.T.E.- Por compartir su inteligencia intelectual y emocional conmigo, su humilde alumna, sin las cuales no hubiera sido posible el logro de terminar satisfactoriamente este trabajo.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES DE LA C.M.F. “ORIENTE” Y DEL H.R.G.I.Z. DEL I.S.S.S.T.E.- Por ese apoyo en los momentos difíciles en horas de trabajo, en los cuales sin ustedes, no hubiera sido posible terminar favorablemente un día más de labores; por obsequiarme sus experiencias, las cuales sembraron en mí, la firme intención de comenzar hasta concluir esta investigación satisfactoriamente y para beneficio de todos nosotros, los “héroes” no reconocidos de las instituciones de salud.

RESUMEN

Objetivos: Identificar la asociación entre inteligencia emocional percibida (IEP) y síndrome de burnout en residentes de especialidades troncales del HRGIZ y CMF “Oriente” del ISSSTE.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, analítico. En 63 residentes, analizando edad, género, estado civil, tipo y grado de especialidad, aplicando las escalas de IEP (TMMS-24) y burnout (SQT) en febrero del 2008. Análisis estadístico: correlación de Spearman.

Resultados: IEP adecuada: 19.04%, regular: 79.3% y mala: 1.5%. Prevalencia de burnout: 23.8%. IEP adecuada: mujeres, de 29 años, solteros, pediatras, en su 1er año. Síndrome de burnout: mujeres, de 29 años, solteros, cirujanos generales, en su último año. El 36.3% de residentes con burnout presentaron IEP adecuada. Ha mayor percepción emocional menor ilusión por el trabajo (ρ -0.304, $P=0.01$) y mayor desgaste psíquico (ρ 0.513, $P=0.05$), desencanto (ρ 0.320, $P=0.01$) y culpa (ρ 0.274, $P=0.01$); ha mayor comprensión de sentimientos menor desencanto (ρ -0.293, $P=0.01$) y culpa (ρ -0.302, $P=0.01$). Sin embargo, no existe una correlación significativa entre IEP y burnout.

Conclusiones: No existe una asociación significativa entre IEP y burnout. Se encontró IEP adecuada en 19.04%, principalmente mujeres, de 29 años, solteros, pediatras, del primer año. Prevalencia de burnout del 23.8%, siendo más afectados: mujeres, de 29 años, solteros, cirujanos generales, del último año. La presencia de IEP adecuada es un factor protector contra el desarrollo de burnout; pero no determinante en su ausencia, ya que además de variables personales existen las de tipo organizacional que también están involucradas.

Palabras claves: Inteligencia emocional, síndrome de burnout, especialidades troncales.

ABSTRACT

Objectives: To identify the association between emotional intelligence perceived (EIP) and burnout syndrome in residents specialties backbone of HRGIZ and CMF "Oriente" of ISSSTE.

Materials and methods: Descriptive study, cross-analytical. In 63 residents, analyzing age, gender, marital status, type and degree of specialization, applying the scales EIP (TMMS-24) and burnout (SQT) in February 2008. Statistical analysis: Spearman correlation.

Results: EIP adequate: 19.04%, regular: 79.3% and bad: 1.5%. Prevalence of burnout: 23.8%. EIP adequate: women, aged 29, unmarried, pediatricians, in his 1st year. Burnout syndrome: women, aged 29, unmarried, general surgeons, in his last year. The 36.3% of residents with burnout presented EIP adequate. It has more emotional perception less excited about the job ($\rho = -0,304$, $P = 0.01$) and more wear psychic ($\rho = 0,513$, $P = 0.05$), disenchantment ($\rho = 0,320$, $P = 0.01$) and guilt ($\rho = 0,274$, $P = 0.01$); has increased understanding of feelings minor disenchantment ($\rho = -0,293$, $P = 0.01$) and guilt ($\rho = -0,302$, $P = 0.01$). However, there is no significant correlation between EIP and burnout.

Conclusions: There is no significant association between EIP and burnout. EIP was found adequate in 19.04%, mainly women, aged 29, unmarried, pediatricians, the first year. Prevalence of burnout of 23.8%, being hardest hit: women, aged 29, unmarried, general surgeons, the last year. The presence of adequate EIP is a protective factor against the development of burnout, but not decisive in his absence, as well as personal variables exist organizational type that are also involved.

Keywords: Emotional Intelligence, burnout syndrome, backbone specialties.

ÍNDICE

SECCIÓN	PÁG.
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. ANTECEDENTES DEL TEMA	1
1.1.1. INTRODUCCIÓN	1
1.1.2. ESPECIALIDADES MÉDICAS EN MÉXICO	2
1.1.2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	2
1.1.2.2. FACTORES DETERMINANTES EN LA EVOLUCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	4
1.1.2.3. TENDENCIAS FUTURAS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	4
1.1.2.4. EL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN LA ACTUALIDAD	4
1.1.2.5. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA	4
1.1.2.6. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL	5
1.1.2.7. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOBSTERICIA	5
1.1.2.8. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA	5
1.1.2.9. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	6
1.1.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL	7
1.1.3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	7
1.1.3.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	8
1.1.3.3. LAS EMOCIONES	8
1.1.3.4. NUESTRAS DOS MENTES	10
1.1.3.5. ANATOMÍA DE LAS EMOCIONES	10
1.1.3.6. LA NATURALEZA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	13
1.1.3.7. COEFICIENTE INTELECTUAL E INTELIGENCIA EMOCIONAL	15
1.1.3.8. CONÓCETE A TI MISMO	16
1.1.3.9. MANEJAR LAS EMOCIONES	17
1.1.3.10. LA PROPIA MOTIVACIÓN	18
1.1.3.11. RECONOCER EMOCIONES EN LOS DEMÁS	20

SECCIÓN	PÁG.
1.1.3.12. MANEJAR LAS RELACIONES	20
1.1.3.13. EDUCACIÓN DE LAS EMOCIONES	20
1.1.3.14. INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA	21
1.1.3.15. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	21
1.1.4. SÍNDROME DE BURNOUT	25
1.1.4.1. ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT	25
1.1.4.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT	25
1.1.4.3. VARIABLES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DEL BURNOUT	26
1.1.4.4. MODELOS TEÓRICOS DE LA GÉNESIS DEL BURNOUT	27
1.1.4.5. EVALUACIÓN DEL BURNOUT	28
1.1.4.6. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO	29
1.1.4.7. PREVENCIÓN Y CONTROL ASISTENCIAL DEL BURNOUT	29
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
1.3. JUSTIFICACIÓN	32
1.4. OBJETIVO GENERAL	33
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
2. MATERIAL Y MÉTODOS	34
2.1. TIPO DE ESTUDIO	34
2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO	34
2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	34
2.4. MUESTRA	35
2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	35
2.6. VARIABLES	35
2.7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES	42
2.8. DISEÑO ESTADÍSTICO	44
2.9. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45

SECCIÓN	PÁG.
2.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
2.11. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS	49
2.12. PRUEBA PILOTO	49
2.13. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	49
2.14. CRONOGRAMA	59
2.15. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	60
2.16. CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
3. RESULTADOS	61
3.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN	61
3.2. ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA (TMMS-24)	62
3.3. ESCALA DE SÍNDROME DE BURNOUT (SQT)	66
3.4. ASOCIACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT	69
4. DISCUSIÓN	72
4.1. APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR	74
5. CONCLUSIONES	75
6. REFERENCIAS	76

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. ANTECEDENTES DEL TEMA.

1.1.1. INTRODUCCIÓN.

El ser humano es un ente social cuya esencia requiere de la interacción y comunicación con otros individuos como medios para expresar, alimentar, compartir y reformular su ser. El interactuar es interminable en la vida de todos nosotros y es prácticamente imposible no relacionarse.

Esto cobra importancia, al tomar en cuenta que los profesionales de la salud interactúan constantemente con otros seres humanos. La relación médico-paciente que se establece tiene aspectos cognoscitivos y afectivos y está sujeta a normas éticas y sociales. Las actitudes del médico, sus acciones y sus omisiones influyen en el enfermo, y la disposición y las actitudes de este último a su vez influyen en el médico.

Los avances en la ciencia y la tecnología, y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente hicieron indispensable dar nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficaces a la asistencia médica con la creación de una medicina con tendencia a la especialización. Una de las consecuencias ha sido que las relaciones entre médicos y enfermos se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de las expectativas y necesidades emocionales de unos y otros, y a esto se le suma, que gran parte de la población en las diferentes instituciones de salud es atendida por médicos residentes en formación los cuales se ven expuestos a una elevada demanda laboral, exceso de responsabilidad, exigencias de los pacientes, de los médicos adscritos y de compañeros residentes de grados superiores, situaciones de urgencia, impotencia para cumplir con sus obligaciones laborales y académicas sin los recursos indispensables, competencia, burocracia mecánica, transición entre la preparación teórica y la práctica médica, falta de incentivos, inexperiencia y el enfrentamiento a situaciones desconocidas, los coloca en situaciones de estrés constante.

Por lo que no es extraño, que los residentes en formación presenten síndrome de burnout, definido como una respuesta al estrés laboral integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Además de tener consecuencias a nivel fisiológico, psicológico y conductual.

Sin embargo, se han obtenido investigaciones que sustentan que no todos los médicos y profesionales sanitarios desarrollan dicho síndrome aún cuando enfrentan las mismas situaciones en el lugar de trabajo.

El porque algunos profesionales de la salud presentan burnout y otros no, a sido objeto de estudio por parte de la Psicología positiva, rama de la Psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano. En recientes hallazgos se ha identificado que los recursos personales como la inteligencia emocional, definida como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”, favorecen un mejor afrontamiento de situaciones potencialmente estresantes. Por lo que, bajos niveles de inteligencia emocional propiciarían mayores niveles de burnout. (38) (39)

1.1.2. ESPECIALIDADES MÉDICAS EN MÉXICO.

1.1.2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

La civilización nahuatl contaba con cirujanos (*texoxotla-ticiltl*), internistas (*Tlama-tepetli-ticiltl*), herbolarios (*Papamacani*), parteras (*Tlamatqui-ticiltl*), etcétera. (1)

En el año de 1553 se fundó la Real y Pontificia Universidad sin incluir los estudios de medicina. Veinticinco años más tarde, se autorizó la creación de la “Cátedra Prima de Medicina” y el 7 de enero de 1579 se comenzó a impartirla. En ésta se estudiaba: “lo concerniente al hombre sano”, es decir, anatomía y fisiología; en la de Vísperas, “lo relativo al cuerpo enfermo”, equivalente al estudio de la medicina clínica; en la de Método, “los modos de curarlo”. (1)

Tanto la enseñanza como la práctica de la medicina se sujetaron a las normas establecidas por el Tribunal del Protomedicato, organismo que venía funcionando desde 1585, con el propósito de erradicar toda influencia de hechicería o ritos mágicos y garantizar la aplicación de los planes de estudio y de las asignaturas correspondientes. (1)

En 1831 deja de existir el tribunal del Protomedicato; sustituido por una junta “...compuesta por ocho profesores médico-cirujanos y cuatro farmacéuticos”. Entre sus funciones estaba la de examinar a los candidatos a médicos cirujanos y farmacéuticos. En 1833 es fundado el Establecimiento de Ciencias Médicas por el vicepresidente Valentín Gómez Farías, desapareciendo la organización médica heredada del Virreinato y, se fusionan las carreras de médico y cirujano con un programa de estudios más completo. (1)

En 1854 se funda la “Escuela Nacional de Medicina” dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y adquiere, definitivamente el edificio que sirviera de sede al Tribunal del Santo Oficio. (1)

En 1864 se funda la Sección Médica de la Comisión Científica, Literaria y Artística de México, de la que en 1865 se separa la Sociedad Médica, que para 1873 readquiere su denominación de Academia de Medicina de México y que en 1887 amplía su carácter a Academia Nacional. (1)

El Hospital General de México, inaugurado el 5 de febrero de 1905, ha sido la cuna de todas las especialidades médicas en el país, con excepción de la pediatría y la psiquiatría. El Hospital General fue el primero en México que fue construido ex profeso y no adaptado. Desde su inicio se consideró la división entre medicina y cirugía, entre enfermos contagiosos y no contagiosos; hubo salas para niños, se apartó a los pacientes con enfermedades venéreas, y se mantuvo la separación entre hombres y mujeres. Aquilino Villanueva inaugura el pabellón número 6 de urología. En el pabellón número 19 Abraham Ayala González inicia la gastroenterología, y en el número 21 Ignacio Chávez crea las bases de la cardiología. Con el paso del tiempo, se crean los pabellones especializados en medicina interna, dermatología, cancerología, neumología, cirugía del tórax, otorrinolaringología, oftalmología, alergia, neurocirugía, etc. (1)

Con la creación de la Universidad Nacional de México en 1910, la Escuela Nacional de Medicina se incorpora al cuerpo universitario. En 1921 la Universidad con todas sus dependencias se vincula a la recién establecida por la Secretaría de Educación

Pública. Con el decreto de la Autonomía, expedido el 10 de julio de 1929, las instalaciones de la Escuela de Medicina se suman al patrimonio universitario. (1)

Es de gran importancia, en este análisis histórico, reconocer a Abraham Flexner como el gran reformista de la educación médica, él planteó al médico ideal como una persona educada, alguien en quien se unen en forma indisoluble la ciencia y el humanismo (Pellegrino 1987; Otero 1992). Las premisas y conclusiones del Informe Flexner, publicado en 1910, tuvieron influencia sobre la educación médica de comienzos del siglo en Norteamérica, que en gran parte se impartía en escuelas privadas, que enseñaban "el arte de la medicina" como un oficio, la mayoría de tales escuelas constituían un negocio altamente lucrativo, su calidad académica era muy baja y muy pocas funcionaban como verdaderas unidades universitarias.

Flexner propuso la incorporación de la ética en la formación del médico. Su trabajo y su pensamiento fueron decisivos para instalar, en los años siguientes, una filosofía operacional a través de la filantropía. La medicina es básicamente un sistema educativo, y la calidad de la educación médica una responsabilidad social, fue la esencia de su mensaje. Su insistencia en un profesorado dedicado en tiempo completo a la docencia, el servicio y la investigación, representa una filosofía educativa vigente hasta nuestros días. (1)

Hasta 1939, la medicina de México estuvo influida por las escuelas médicas de Francia. La inmensa mayoría de las figuras médicas del país, los profesores de la Escuela de Medicina, los directores de los institutos y las autoridades en salud pública, se habían formado en aquella nación. El sistema médico mexicano había aceptado que la clínica francesa, con su sentido agudo de observación y el planteamiento humanista de su actitud, ofrecía los elementos más adecuados al temperamento latino y a la realidad socioeconómica de México. Sin embargo, desde la década de los veinte, algunos médicos mexicanos que habrían de tener luego gran influencia en el destino de la medicina mexicana contemporánea, no siguieron esta tendencia. Los textos de la carrera de medicina eran franceses y obligados, los textos en inglés eran vistos como rarezas. (1)

El inicio de la II Guerra Mundial, tuvo consecuencias como la interrupción de las relaciones culturales con Francia y por consiguiente la tendencia a buscar en los Estados Unidos las oportunidades para estudio de posgrado. La entrada de este país al conflicto bélico, el 7 de diciembre de 1941, aceleró esta tendencia, al abrirse allá un gran número de oportunidades para ocupar plazas de residencia hospitalaria. (1)

Hasta 1942, la preparación de especialistas era básicamente tutorial. El médico general se acercaba a un profesor de prestigio reconocido y aprendía la especialidad trabajando a su lado y al cabo de dos, tres o más años, el aprendiz se emancipaba de la tutela cuando había adquirido la información, las destrezas y muchas de las actitudes de su maestro.

En 1942 se plantea la necesidad de organizar los servicios de médicos residentes e internos, y en el Hospital General se inicia un programa de internado y residencias médicas. A finales de 1946, se expide un decreto que reglamenta el ejercicio médico y sus especialidades. Se establece la Dirección General de Profesiones y los médicos, al igual que los otros profesionistas que la ley señala, deben registrar el título tanto en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) así como en dicha Dirección General. (1)

Desde hace más de 40 años, la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), al reconocer como válidas las residencias cursadas en diversas instituciones hospitalarias, avala el mecanismo para reconocerlas. (1)

En 1991 se inicia una magna tarea de evaluación académica emprendida por la UNAM, en la que participaron más de 300 médicos de las más importantes instituciones de salud y de la Academia Nacional de Medicina, quedando estructurado el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina de la UNAM, aprobado por el Consejo Universitario en la sesión ordinaria celebrada el 20 de abril del 2004. (1)

1.1.2.2. FACTORES DETERMINANTES EN LA EVOLUCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

El surgimiento de las especialidades en la práctica médica moderna proviene de la interacción de influencias con base en necesidades técnicas, en progresos médicos, en avances tecnológicos, en demandas del mercado y en intereses profesionales. Los avances de las ciencias biomédicas y el proceso tecnológico han expandido el acervo de conocimientos y complicado las destrezas necesarias de la práctica médica, de tal manera que no es posible para una persona poseer toda la información ni la habilidad técnica para realizar a conciencia todas las maniobras de la profesión. (1)

1.1.2.3. TENDENCIAS FUTURAS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

El aumento de los conocimientos médicos ha tornado imposible que un hombre pueda estar enterado de la enorme cantidad de información que se incorpora y se descarta continuamente. Es preciso dividir la medicina y el proceso reductivo separa áreas cada vez más específicas, que demandan tiempo completo para lograr la eficiencia y efectividad esperadas de un profesional especialista. La subespecialización es la tendencia dominante y no parece que vaya a declinar. Los servicios de las especialidades médicas estarán incluidos necesariamente en cualquier modelo de atención. (1)

1.1.2.4. EL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN LA ACTUALIDAD.

La enseñanza es eminentemente tutelar, por aprendizaje en servicios, los alumnos son a la vez residentes de los hospitales que se ocupan de diversas funciones asistenciales, su relación con los profesores es más estrecha que en el nivel licenciatura debido a que laboran juntos por tiempo completo, pasan a servicios de consulta externa, hospitalización y quirófanos (en las disciplinas que lo requieren) y, participan en la docencia, ayudando a la enseñanza de residentes de años inferiores. El método de enseñanza incluye conferencias teóricas, sesiones académicas, autoenseñanza con lecturas dirigidas y discusiones coordinadas, y un adiestramiento clínico en la atención diaria de enfermos. Además de un adiestramiento clínico complementario, llevando a cabo trabajo de guardias en hospitales, siempre bajo la supervisión de residentes con mayor experiencia y médicos de base. (1)

1.1.2.5. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA.

El médico internista encuentra ubicación en los organismos de segundo o tercer nivel en la atención a la salud, ya que se le ha formado para dar atención integral a los enfermos, en vinculación dinámica con otros especialistas, con la posibilidad del respaldo de laboratorios y gabinetes.

Este profesional podrá diagnosticar y establecer la terapéutica de los padecimientos más frecuentes y, desde luego, dar indicaciones para tratamientos quirúrgicos, recuperando el manejo de muchos de los pacientes cuando ha terminado la acción del especialista en cirugía o en otras ramas médico-quirúrgicas. Por lo que, la potencialidad de trabajo del médico internista no sólo es amplia, sino también flexible, de ahí la trascendencia de su valor como elemento laboral dentro de las diversas organizaciones de salud. El médico internista conoce la definición, historia natural, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, complicaciones y secuelas de los padecimientos más frecuentes del adulto, así como la interpretación de las anomalías posibles en los exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, el diagnóstico diferencial, las medidas de prevención, el tratamiento integral y las medidas de rehabilitación respectivas. (1)

1.1.2.6. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL.

El especialista en cirugía general, debe tener buena preparación básica, buena experiencia en la aplicación de sus conocimientos, en la consecución de las diferentes etapas de los diagnósticos y de sus repercusiones. Debe saber hacer uso adecuado de los exámenes de laboratorio, gabinete e interconsultas. Debe disfrutar las relaciones interpersonales que mantenga tanto con los enfermos como con los familiares y ser capaz de educarlos aún en condiciones difíciles de exaltación. Debe practicar con destreza (habilidad y agilidad) las técnicas que domine y recurrir a quienes posean mayor experiencia para resolver las que no domine, reconociendo el límite de sus capacidades. La práctica de la cirugía es un reto permanente por las variadas circunstancias que los cambios patológicos condicionan; por tanto, deberá dominar las técnicas tradicionales descritas en los textos, pero también ser capaz de improvisar y crear para resolver lo imprevisto. El profesional egresado de las residencias de cirugía general, es capaz de cumplir satisfactoriamente las funciones de segundo nivel y tercer nivel dentro del Sistema Nacional de Salud. (1)

1.1.2.7. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOBISTETRICIA.

La ginecología y la obstetricia constituyen hoy en día una sola especialidad vertical, encargada del estudio y resolución de problemas del sistema femenino de la reproducción. Las principales tareas incluyen, la planificación familiar, la mejoría de los cuidados prenatales, natales y posnatales, la prevención del cáncer cervicouterino y mamario, y la lucha contra los factores genéticos, inmunológicos y sociales que afectan la salud de la mujer. (1)

1.1.2.8. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA.

Es “la ciencia que estudia, investiga y trata de encontrar, atender y resolver los problemas que el hombre afronta en su periodo de crecimiento y desarrollo”. La función del pediatra es la de saber cómo prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades que en nuestro medio deterioran la salud física o mental que invalidan o matan a los niños. Ha de conocer los mecanismos ligados a las enfermedades congénitas, manejar los problemas de los escolares y de su medio, entender las variaciones del desarrollo mental y físico para orientar a los padres, auxiliar al cirujano en el manejo de los cuidados pre y postoperatorios, conocer y atender desde el prematuro hasta el adolescente, coordinar con los pediatras subespecializados los fenómenos que no queden a su alcance, con el fin de brindar plena atención al infante, sin olvidar a la medicina preventiva, teniendo presentes las vacunaciones de rutina y la vigilancia del crecimiento y el desarrollo del niño. (1)

1.1.2.9. VISIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

La Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, presta servicios a todos los miembros de la familia, más que a individuos aislados, con independencia de edad, sexo o problema de salud que se le plantee; la atención que presta ha de ser continua e integral, de forma tal que la práctica se contraponga a la atención esporádica y fragmentada que en general es ofrecida por otros especialistas de la medicina; ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud; ha de ser un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos debe verlo como oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, además de diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan entre su población, incluyendo también la rehabilitación; comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación serán permanentemente analizados y manejados por él; tiene compromiso y responsabilidad con la persona (o) **en** el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimiento particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial; enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural, por lo que con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple; entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. (1)

1.1.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL.

1.1.3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Aristóteles, mencionaba que estar furioso era fácil, pero estar furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto y de la forma correcta.....no era fácil, desde entonces con su frase “conócete a ti mismo” confirma esta piedra angular de la inteligencia emocional. (2)

El estudio de la inteligencia debe verse con una visión retrospectiva, para entender la evolución del pensamiento humano, donde se distinguen tres etapas históricas: el enfoque empírico, el psicométrico y el de las inteligencias múltiples.

Un primer enfoque donde se consideraba a las personas como brillantes o inteligentes y otro apartado que correspondía a la gente tonta; las primeras personas enfrentaban los retos de la vida cotidiana de manera empírica, para tener éxito en su comunidad, ya fuera como dirigentes, pensadores, guerreros, artesanos, etc.

El segundo enfoque al final del siglo XIX, donde se da una definición científica a la inteligencia e inician instrumentos para medirla, fue hasta el año de 1939 que Wechsler desarrolla una escala de inteligencia para adultos, donde los valores para medir el coeficiente intelectual se basan de muestras normales.

El último enfoque de las inteligencias múltiples es obtenido a través del estudio de varios autores. Es necesario mencionar que el concepto de inteligencia emocional tiene un precursor en el concepto de Inteligencia Social, del psicólogo Edgard Thorndike quien en 1920, la definió como “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”. (3)

Posteriormente, en la década de los sesentas, Walter Mischel psicólogo de la Universidad de Stanford, realizó un experimento con niños de cuatro años, a los cuales les hacía la siguiente propuesta: si esperaban a que él terminará la tarea que estaba haciendo, podrían recibir dos bombones de obsequio, pero si no podrían esperar sólo conseguirían uno, pero de inmediato. Algunos de esos niños no fueron capaces de esperar y se comían la golosina, otros elegían esperar para obtener una mayor recompensa. Catorce años después, hizo un seguimiento de esos mismos chicos: los que habían aguantado sin tomar el caramelo y, por lo tanto, controlaban mejor sus emociones en función de un objetivo, eran más emprendedores y sociables. Los impulsivos, en cambio, tendían a desmoralizarse ante cualquier inconveniente y eran menos brillantes. (2)

Éste y otros estudios llevaron a Howard Gardner en los años sesenta, considerar de gran importancia entender los cuestionamientos vinculados a la naturaleza del conocimiento de las emociones, por lo que, en 1983, trabaja en el proyecto *Spectrum* en la Universidad de Harvard. Gardner, psicólogo de la facultad de ciencias de la educación, proponía la teoría de las Inteligencias Múltiples descartando que el hombre sólo tenía un tipo de inteligencia. En su libro *Frames of Mind* estableció ocho tipos de inteligencias: la lingüística-verbal, la lógica-matemática, la corporal-cinestésica, la visual-espacial, la musical, la emocional (intrapersonal e interpersonal), la naturalista y la existencial. Posteriormente, sus colegas investigadores llegaron a describir más de veinte inteligencias. (2)

La expresión “inteligencia emocional” fue acuñada en 1990 por el psicólogo Meter Salovey, de la Universidad de Harvard y por John Mayer, de la Universidad de Yale de

New Hampshire, EEUU, para describir cualidades como la comprensión de los propios sentimientos, la comprensión de los sentimientos de otras personas y el control de la emociones que parecen tener importancia para el éxito en la vida. (3)

El autor más reconocido en el mundo es Daniel Goleman que con su libro “La inteligencia emocional” de 1995, el concepto se difundió rápidamente. En el menciona que la inteligencia emocional es la forma de interactuar con el mundo, que tiene en cuenta las emociones, los sentimientos y algunas habilidades como la autoconciencia, la motivación, el control de sus impulsos, el entusiasmo, la perseverancia y la empatía, con el fin de aumentar nuestras posibilidades de desarrollo sociales. Su libro es considerado un best-seller mundial y es la base de multitud de programas dirigidos tanto a niños como a adultos. (2)

1.1.3.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

La inteligencia se ha conceptualizado como la capacidad global del individuo para actuar racionalmente con éxito.

Actualmente, se describen dos clases diferentes de inteligencia: la racional o intelectual y la emocional. El desempeño en la vida esta determinada por ambas, donde la inteligencia emocional describe a la inteligencia de los sentimientos, como cociente emocional, por lo tanto cociente emocional e intelectual trabajan juntos sinérgicamente.

Se resalta que nuestras capacidades de percepción, comprensión y regulación emocional son de vital importancia para la adaptación a nuestro entorno y contribuyen al bienestar psicológico y al crecimiento personal, independiente del nivel cognitivo. (4)

Uno de los modelos que mejor ha integrado estas premisas y ha abordado científicamente el estudio de la inteligencia emocional es el propuesto por Mayer y Salovey. Para estos autores la inteligencia emocional es: “la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de otras personas”. (4)

Daniel Goleman la define como: “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”. Considera cinco aptitudes emocionales, clasificadas a su vez en dos grandes grupos: aptitud personal (auto-conocimiento, auto-regulación y motivación) y aptitud social (empatía y habilidades sociales). (5)

1.1.3.3. LAS EMOCIONES.

La raíz de la palabra emoción es *motere*, del verbo latino “mover”, además del prefijo “e”, que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar.

Nuestras emociones, nos guían cuando se trata de enfrentar momentos difíciles y tareas demasiado importantes para dejarlas sólo en manos del intelecto. Cada emoción ofrece una disposición definida a actuar. Dado que estas situaciones se repiten una y otra vez a lo largo de la historia de la evolución, el valor de supervivencia de nuestro repertorio emocional fue confirmado por el hecho de que quedaron grabados en nuestros nervios como tendencias innatas y automáticas del corazón humano. Como todos sabemos por experiencia, cuando se trata de dar forma a

nuestras decisiones y a nuestras acciones, los sentimientos cuentan tanto como el pensamiento, y a menudo más. (2)

En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado.

- Con la ira, la sangre fluye a las manos, y así resulta fácil tomar un arma o golpear a un enemigo; el ritmo cardíaco se eleva y un aumento de hormonas como la adrenalina genera un ritmo de energía para originar una acción vigorosa.

- Con el miedo, la sangre va a los músculos esqueléticos grandes, como los de las piernas, y así resulta más fácil huir, el rostro queda pálido debido a que la sangre deja de circular por él. El cuerpo se congela por un instante, tal vez permitiendo que el tiempo determine si esconderse sería una reacción más adecuada. Los centros emocionales del cerebro desencadenan un torrente de hormonas que pone al organismo en alerta general, haciendo que se prepare para evaluar qué respuesta ofrecer.

- La felicidad es una emoción que ocasiona un aumento de la actividad en el centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible. Originando tranquilidad, buena disposición y entusiasmo para cualquier tarea que se presente y para esforzarse por conseguir una gran variedad de objetivos.

- El amor, los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual dan lugar a un despertar parasimpático: el opuesto fisiológico de la movilización “lucha y huida” que comparten el miedo y la ira. Esta “respuesta de la relajación”, es un conjunto de reacciones de todo el organismo, que genera un estado general de calma y satisfacción, facilitando la cooperación.

- En la sorpresa, se observa un levantar de las cejas que permite un mayor alcance visual y también que llegue más luz a la retina. Esto ofrece más información sobre el acontecimiento inesperado, haciendo que resulte más fácil distinguir con precisión lo que está ocurriendo e idear el mejor plan de acción.

- El disgusto se expresa igual en el mundo entero y envía un mensaje idéntico: algo tiene un sabor o un olor repugnante, o lo es en sentido metafórico. La expresión facial de disgusto (el labio superior torcido a un costado mientras la nariz se frunce) sugiere, como señaló Darwin, un intento primordial de bloquear las fosas nasales para evitar un olor nocivo o de escupir un alimento perjudicial.

- La tristeza ayuda a adaptarse a una pérdida significativa, como la muerte de una persona cercana, o una decepción importante. Produce una caída de la energía y el entusiasmo por las actividades de la vida, a medida que se profundiza y se acerca a la depresión, hace más lento el metabolismo del organismo. Este aislamiento introspectivo crea la oportunidad de comprender las consecuencias que tendrá en la vida de cada uno y, mientras se recupera la energía, planificar un nuevo comienzo. (2)

Estas tendencias biológicas a actuar están moldeadas además por nuestra experiencia vital y cultural. El período de la evolución en el que estas respuestas emocionales fueron forjadas, representó sin duda la realidad más dura que la mayor parte de los humanos soportó como especie después de los albores de la historia. Hubo una época en que pocos niños sobrevivían a la infancia y pocos adultos vivían hasta los treinta años, cuando los depredadores podían atacar en cualquier momento, cuando los

caprichos de la sequía y las inundaciones marcaban la diferencia entre inanición y supervivencia.

Esas mismas presiones habían hecho que nuestras respuestas emocionales fueran tan valiosas para la supervivencia; a medida que disminuían, también lo hacía la calidad de la adaptación de las distintas partes de nuestro repertorio emocional. (2)

1.1.3.4. NUESTRAS DOS MENTES.

La mente racional, es la forma de comprensión de la que somos típicamente conscientes: reflexiva, capaz de analizar y meditar. Pero junto a este existe otro sistema de conocimiento, impulsivo y poderoso, aunque a veces ilógico: la mente emocional. (2)

La mente emocional es mucho más rápida que la racional, y se pone en acción sin detenerse ni un instante a pensar en lo que está haciendo. Su rapidez descarta la reflexión deliberada y analítica que es el sello de la mente pensante. En la evolución, esta rapidez probablemente giró en torno a la decisión más básica, a qué prestar atención y, al enfrentarse a otro animal, tomar decisiones de milésimas de segundos, tales como: ¿me lo como yo, o él me come a mí?. El inconveniente es que estas impresiones y juicios intuitivos, debido a que se efectúan en un abrir y cerrar de ojos, pueden ser erróneos o falsos. (2)

Dado que a la mente racional le lleva más tiempo que a la emocional registrar y responder, el “primer impulso” en una situación emocional es el del “corazón”, no el de la cabeza. El poder de estas decisiones rápidas consiste en que nos movilizan en un instante para reaccionar ante una emergencia. Nuestros sentimientos más intensos son reacciones involuntarias; no podemos decidir cuándo aparecerán.

La dicotomía emocional/racional se aproxima a la distinción popular entre “corazón” y “cabeza”; saber que algo está bien “en el corazón de uno” es una clase de convicción diferente, que pensar lo mismo de la mente racional. Sin embargo, cuanto más intenso es el sentimiento, más dominante se vuelve la mente emocional, y más ineficaz la racional. Estas dos mentes, la emocional y la racional, operan en ajustada armonía en su mayor parte, entrelazando sus formas de conocimiento para guiarnos por el mundo. Por lo general existe un equilibrio entre mente emocional y racional, en el que la emoción alimenta e informa las operaciones de la mente racional, y la mente racional depura y a veces veta la energía de entrada de las emociones. (2)

1.1.3.5. ANATOMÍA DE LAS EMOCIONES.

El cerebro humano, con su casi kilo y medio de células y otras estructuras nerviosas, tiene un tamaño aproximadamente tres veces mayor que el de nuestros parientes más cercanos en la escala evolutiva, los primates no humanos. La parte más primitiva del cerebro, compartida con todas las especies, es el tronco cerebral que rodea la parte superior de la médula espinal. Esta raíz cerebral regula las funciones vitales básicas como la respiración y el metabolismo de los órganos del cuerpo. No se puede decir que este cerebro primitivo piense o aprenda, más bien es un conjunto de reguladores preprogramados que mantienen el organismo funcionando como debe y reaccionando de una forma que asegura la supervivencia. (2)

A partir de la raíz más primitiva, el tronco cerebral, surgieron los centros emocionales. Dado que esta parte del cerebro circunda y bordea el tronco cerebral, se la llamó sistema “límbico”, de la palabra latina “limbus”, que significa “borde”. Este nuevo

territorio nervioso añadía emociones adecuadas al repertorio del cerebro. A medida que evolucionaba, el sistema límbico refinó dos herramientas poderosas: aprendizaje y memoria. (2)

Millones de años más tarde en la historia de la evolución, a partir de estas áreas emocionales evolucionaron el cerebro pensante o “neocorteza”. El hecho de que el cerebro pensante surgiera del emocional es revelador con respecto a la relación que existe entre pensamiento y sentimiento; el cerebro emocional existió mucho tiempo antes que el racional.

La neocorteza del Homo sapiens, mucho más grande que en ninguna otra especie, ha añadido todo lo que es definitivamente humano. Es el asiento del pensamiento; contiene los centros que comparan y comprenden lo que perciben los sentidos. Añade a un sentimiento lo que pensamos sobre él y nos permite tener sentimientos con respecto a las ideas. Permitted agregar un matiz a la vida emocional. Tomemos por ejemplo: el amor; las estructuras límbicas generan sentimientos de placer y deseo sexual, las emociones que alimentan la pasión sexual, pero el agregado de la neocorteza y sus conexiones con el sistema límbico permitieron que surgiera el vínculo madre-hijo, que es la base de la unidad familiar y el compromiso a largo plazo de la crianza que hace posible el desarrollo humano. La neocorteza permite la complejidad de la vida emocional, como la capacidad de tener sentimiento con respecto a nuestros sentimientos. (2)

Pero estos centros más elevados no gobiernan toda la vida emocional; en asuntos cruciales del corazón (y más especialmente en emergencias emocionales) se puede decir que se remiten al sistema límbico. Debido a que muchos de los centros más elevados del cerebro crecieron a partir de la zona límbica, el cerebro emocional juega un papel fundamental en la arquitectura nerviosa. Esto da a los centros emocionales un poder inmenso para influir en el funcionamiento del resto del cerebro, incluidos sus centros de pensamiento. (2)

El asiento de toda pasión.

En los seres humanos, la amígdala (derivada de la palabra griega que significa “almendra”) es un racimo de estructuras interconectadas que se asientan sobre el tronco cerebral, cerca de la base del anillo límbico. Existen dos amígdalas, una a cada costado de los hemisferios cerebrales. El hipocampo y la amígdala eran dos partes clave del primitivo “cerebro nasal” que, en la evolución, dio origen a la corteza y luego a la neocorteza. En nuestros días, estas estructuras límbicas se ocupan de la mayor parte del aprendizaje y el recuerdo del cerebro; además de ella dependen todas las pasiones. (2)

Cuando suena una alarma de temor, la amígdala envía mensajes urgentes a cada parte importante del cerebro, provoca la secreción de las hormonas que facilitan la reacción de ataque-fuga, moviliza los centros del movimiento y activa el sistema cardiovascular, los músculos y los intestinos.

Las diferentes partes de la amígdala reciben información diversa. Al núcleo lateral llegan proyecciones desde el tálamo y desde las cortezas auditiva y visual. Los olores, a través del bulbo olfativo, llegan a la zona corticomedia de la amígdala, y los sabores y los mensajes de las vísceras van a la zona central. Estas señales que ingresan hacen de la amígdala un centinela constante que observa atentamente cada experiencia sensorial. (2)

Desde la amígdala, las proyecciones se extienden a cada zona importante del cerebro. Desde la zona central y media, una rama va a las zonas del hipotálamo que segregan la sustancia de respuesta urgente del organismo, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) que moviliza la reacción de ataque o fuga mediante un torrente de otras hormonas. La zona basal de la amígdala envía ramas al cuerpo estriado, uniéndose en el sistema cerebral para lograr el movimiento. Y, a través del núcleo central cercano, la amígdala envía señales al sistema nervioso autónomo a través de la médula, activando una gran variedad de respuestas amplias en el sistema cardiovascular, en los músculos y en los intestinos.

Las señales sensoriales del ojo y el oído viajan primero en el cerebro al tálamo y luego (mediante una única sinapsis) a la amígdala; una segunda señal del tálamo se dirige a la neocorteza, el cerebro pensante. Esta bifurcación permite a la amígdala empezar a responder antes que la neocorteza, que elabora la información antes de percibir plenamente y por fin iniciar su respuesta más perfectamente adaptada. La amígdala puede hacer que nos pongamos en acción mientras la neocorteza (algo más lenta pero plenamente informada) despliega su plan de reacción más refinado. Nuestras emociones tienen mente propia, una mente con independencia de nuestra mente racional. (2)

El especialista en memoria emocional.

La principal entrada del hipocampo está en proporcionar una memoria perfecta del contexto, vital para el significado emocional. Mientras el hipocampo recuerda los datos simples, la amígdala retiene el clima emocional que acompaña a esos datos. Esto significa que, el cerebro tiene dos sistemas de memoria, uno para los datos corrientes y uno para aquellos que poseen carga emocional. (2)

El gerente emocional.

Mientras la amígdala trabaja preparando una reacción ansiosa e impulsiva, otra parte del cerebro emocional permite una respuesta más adecuada y correctiva. El regulador del cerebro para los arranques de la amígdala parece encontrarse en el otro extremo de la neocorteza, en los lóbulos prefrontales. La corteza prefrontal entra en acción cuando alguien siente miedo o rabia, pero contiene o controla el sentimiento con el fin de ocuparse más eficazmente de la situación inmediata, o cuando una nueva evaluación provoca una respuesta totalmente diferente. Esta zona neocortical del cerebro origina una respuesta más analítica o apropiada a nuestros impulsos emocionales, adaptando la amígdala y otras zonas límbicas.

En la neocorteza, una serie de circuitos registra y analiza esa información, la comprende y, por intermedio de los lóbulos prefrontales, organiza una reacción. Cuando una emoción entra en acción, momentos después los lóbulos prefrontales ejecutan lo que representa una relación riesgo/beneficio de infinitas reacciones posibles, y apuestan a una de ellas como la mejor. La respuesta neocortical es más lenta en tiempo cerebral que el mecanismo de asalto porque supone la participación de más circuitos. También puede ser más sensata y considerada, ya que el sentimiento está precedido de más pensamiento.

En resumen, la corteza prefrontal parece ser parte de un circuito nervioso que puede desconectar, o al menos mitigar, todos los arranques emocionales negativos salvo los más intensos. La amígdala propone y la corteza prefrontal dispone. Estas conexiones

zona prefrontal-zona límbica son fundamentales en la vida mental, son esenciales para guiarnos en las decisiones que más importan en la vida. (2)

Armonía entre emoción y pensamiento.

Las conexiones entre la amígdala (y las estructuras límbicas relacionadas) y la neocorteza son el centro de los acuerdos cooperativos entre cabeza y corazón, pensamiento y sentimiento. Este circuito explica por qué la emoción es tan importante para el pensamiento eficaz, tanto en la toma de decisiones acertadas como en el simple hecho de permitirnos pensar con claridad.

En cierto sentido, tenemos dos cerebro, dos mentes y dos clases diferentes de inteligencia: la racional y la emocional. Nuestro desempeño en la vida está determinado por ambas, lo que importa no es sólo el cociente intelectual sino también la inteligencia emocional. El intelecto no puede operar de manera óptima sin la inteligencia emocional. Por lo general, la complementariedad del sistema límbico y la neocorteza, de la amígdala y los lóbulos prefrontales, significa que cada uno de ellos es un socio pleno de la vida mental. Cuando estos socios interactúan positivamente, la inteligencia emocional aumenta, lo mismo que la capacidad intelectual. Para hacerlo positivamente en nuestra vida, debemos comprender que significa utilizar la emoción de manera inteligente. (2)

1.1.3.6. LA NATURALEZA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

En el mejor de los casos, el coeficiente intelectual contribuye aproximadamente en un 20% a los factores que determinan el éxito en la vida, con lo que el 80% queda para otras fuerzas. En los diferentes estudios que se han realizado, se ha encontrado que los hombres que habían obtenido las puntuaciones más elevadas en la facultad no habían alcanzado demasiados éxitos en términos de salario, productividad y categoría profesional en comparación con los compañeros que habían obtenido menor puntuación. Tampoco habían obtenido las mayores satisfacciones en su vida, ni la mayor felicidad en las relaciones de amistad, familiares y amorosas. (4)

Sin embargo, aunque un coeficiente intelectual elevado no es garantía de prosperidad, prestigio ni felicidad en la vida, nuestras escuelas y nuestra cultura se concentran en las habilidades académicas e ignoran la inteligencia emocional, un conjunto de rasgos que también tienen una enorme importancia para nuestro destino personal. La vida emocional es un ámbito que, al igual que las matemáticas y la lectura, puede manejarse con mayor o menor destreza y requiere un singular conjunto de habilidades. Y saber hasta qué punto una persona es experta en ellas es fundamental para comprender por qué triunfa en la vida, mientras otra con igual capacidad intelectual acaba en un callejón sin salida: la aptitud emocional es una meta-habilidad y determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluido el intelecto puro. (2)

Gran parte de las pruebas demuestran que las personas emocionalmente expertas (las que conocen y manejan bien sus propios sentimientos e interpretan y se enfrentan con eficacia a los sentimientos de los demás), cuentan con ventajas en cualquier aspecto de la vida. Estas personas tienen más probabilidades de sentirse satisfechas y eficaces en su vida y de dominar los hábitos mentales que favorezcan su propia productividad; las personas que no pueden poner cierto orden en su vida emocional libran batallas interiores que sabotean su capacidad de concentrarse en el trabajo y pensar con claridad. (2)

El influyente libro *Frames of Mind* que Gardner publicó en 1983 era un manifiesto que refutaba el punto de vista del coeficiente intelectual; planteaba que no existía una única y monolítica clase de inteligencia, fundamental para el éxito en la vida, sino un amplio espectro de inteligencias con siete variedades clave. Su lista incluye dos clases académicas típicas, la facilidad verbal y la lógico-matemática, pero llega a incluir la capacidad espacial que poseen, artistas o arquitectos destacados; el genio cinestésico exhibido en la plasticidad, por ejemplo los grandes deportistas; y en el talento musical. Como remate de la lista, hay dos caras de lo que Gardner llama “inteligencias personales”: destrezas interpersonales, como las de un gran terapeuta del estilo de Carl Rogers, o un líder mundial como Martin Luther King, Jr., y la capacidad “intrapersonal” que podría surgir, por un lado en las brillantes interpretaciones de Sigmund Freud o, en la satisfacción interior que surge de armonizar la propia vida para que esté de acuerdo con los auténticos sentimientos personales. (6)

Gardner reconoce que el siete es una cifra arbitraria para la variedad de inteligencias; no existe un número mágico para la multiplicidad de talentos humanos.

Esta multifacética visión de la inteligencia ofrece una imagen más rica de la capacidad y el potencial de un niño para alcanzar el éxito que la ofrecida por el típico coeficiente intelectual. Mientras algunos afirman que el coeficiente intelectual no puede ser modificado y, por tanto, representa una limitación insuperable del potencial de la vida de un niño, existen diversas pruebas que demuestran que las habilidades emocionales como el control del impulso y la interpretación exacta de una situación social pueden aprenderse. (6)

La inteligencia interpersonal es la capacidad para comprender a los demás: qué los motiva, cómo operan, cómo trabajar cooperativamente con ellos. Vendedores, políticos, maestros, médicos y líderes religiosos de éxito tienen probabilidades de ser individuos con elevado grado de inteligencia interpersonal. La inteligencia intrapersonal es una capacidad correlativa, vuelta hacia el interior, es la capacidad de formar un modelo preciso y realista de uno mismo y ser capaz de usar ese modelo para operar eficazmente en la vida. (2)

En otra oportunidad, Gardner señaló que el núcleo de la inteligencia interpersonal incluye las “capacidades para discernir y responder adecuadamente al humor, el temperamento, las motivaciones y los deseos de los demás”; en la inteligencia intrapersonal, la clave para el autoconocimiento, incluyó “el acceso a los propios sentimientos y la capacidad de distinguirlos y recurrir a ellos para guiar la conducta”. (6)

La inteligencia social es distinta de las capacidades académicas y, al mismo tiempo, es una parte clave de lo que hace que a la gente le vaya bien en el aspecto práctico de la vida.

Salovey incluye las inteligencias personales de Gardner en su definición básica de inteligencia emocional, ampliando estas capacidades a cinco esferas principales:

1. Conocer las propias emociones.

La conciencia de uno mismo, el reconocer un sentimiento mientras ocurre, es la clave de la inteligencia emocional. La capacidad de controlar sentimientos de un momento a otro es fundamental para la penetración psicológica y la comprensión de uno mismo. La incapacidad de advertir nuestros sentimientos nos deja a merced de los mismos. Las personas que tienen una mayor certidumbre con

respecto a sus sentimientos son mejores guías de su vida y tienen una noción más segura de lo que siente realmente con respecto a las decisiones personales.

2. Manejar las emociones.

Manejar los sentimientos para que sean adecuados, es una capacidad que se basa en la conciencia de uno mismo. Las personas que carecen de esta capacidad luchan constantemente contra sentimientos de aflicción, mientras aquellas que la tienen desarrollada pueden recuperarse con mucha mayor rapidez de los reveses y trastornos de la vida.

3. La propia motivación.

Ordenar las emociones al servicio de un objetivo es esencial para prestar atención, para la automotivación, el dominio y la creatividad. El autodomio emocional, sirve de base a toda clase de logros. Las personas que tienen esta capacidad suelen ser mucho más productivas y eficaces en cualquier tarea que emprendan.

4. Reconocer emociones en los demás.

La empatía, capacidad que se basa en la autoconciencia emocional, es la "habilidad" fundamental de las personas. Las habilidades para sentir las necesidades de otros, unida a la apertura para servir y cubrir las inquietudes de quienes nos rodean, son las bases del altruismo. Esto los hace mejores en profesiones como la enseñanza, los profesionales de la salud, las ventas y la administración.

5. Manejar las relaciones.

El arte de las relaciones es, la habilidad de manejar las emociones de los demás. Son las habilidades que rodean la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal. Las personas que se destacan en estas habilidades se desempeñan bien en cualquier cosa que dependa de la interacción serena con los demás. (4)

Por supuesto, las habilidades de las personas en cada una de estas esferas son diferentes; algunos de nosotros podemos ser expertos para manejar nuestra propia ansiedad, por ejemplo, pero relativamente ineptos para aliviar los trastornos de otros. La base subyacente de nuestro nivel de capacidad es, sin duda, nerviosa; pero el cerebro es notablemente flexible y aprende constantemente. Los errores en las habilidades emocionales pueden ser remediados, que con el esfuerzo adecuado, puede mejorarse. (2)

1.1.3.7. COEFICIENTE INTELECTUAL E INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Coficiente intelectual e inteligencia emocional no son conceptos opuestos sino más bien distintos. Todos mezclamos intelecto y agudeza emocional; las personas que poseen un elevado coeficiente intelectual pero una inteligencia emocional escasa (o un bajo coeficiente intelectual y una elevada inteligencia emocional) son, a pesar de los estereotipos, relativamente pocas. En efecto, existe una ligera correlación entre coeficiente intelectual y algunos aspectos de la inteligencia emocional, aunque lo suficientemente baja para que resulte claro que estas son entidades totalmente independientes.

A diferencia de las conocidas pruebas de coeficiente intelectual, hasta ahora no se conoce ningún test escrito que proporcione una “puntuación de inteligencia emocional”, y tal vez nunca exista. (2)

Utilizando una medida de lo que Jack Block, psicólogo de la Universidad de California de Berkeley, llama “elasticidad del ego”, ha hecho una comparación de dos tipos teóricos puros: personas con elevado coeficiente intelectual versus personas con elevadas aptitudes emocionales. Las diferencias son reveladoras: el tipo puro de coeficiente elevado es casi una caricatura del intelectual, experto en el ámbito de la mente pero inadecuado en el mundo personal.

El hombre de elevado coeficiente intelectual es ambicioso, productivo, previsible, obstinado, no se preocupa por sí mismo, tiene tendencia a ser crítico y condescendiente, fastidioso e inhibido, se siente incómodo con la sexualidad y la experiencia sensual, es inexpresivo e indiferente, y emocionalmente afable y frío. En contraste, los hombres que tienen una inteligencia emocional elevada son socialmente equilibrados, sociables, alegres, poseen una notable capacidad de compromiso con las personas, de asumir responsabilidades y de alcanzar una perspectiva ética; son solidarios y cuidadosos de las relaciones; su vida emocional es rica y apropiada; se sienten cómodos con ellos mismo, con los demás y con el universo social donde viven.

Las mujeres que pertenecen exclusivamente al tipo de coeficiente intelectual elevado tienen la seguridad intelectual esperada, expresan fluidamente sus ideas, valoran las cuestiones intelectuales y poseen una amplia variedad de intereses intelectuales y estéticos; son introspectivas, propensas a la ansiedad, a la reflexión, a los sentimientos de culpabilidad y vacilan cuando se trata de expresar abiertamente su ira. En contraste, las mujeres emocionalmente inteligentes suelen ser positivas y expresan sus sentimientos abiertamente, son positivas con respecto a ellas mismas; son sociables y expresan sus sentimientos de manera adecuada, se adaptan bien a la tensión; se comunican fácilmente con personas nuevas, se sienten cómodas con ellas mismas por ser alegres, espontáneas y abiertas a la experiencia sensual; rara vez se sienten ansiosas o culpables, ni se hunden en la reflexión.

Estas descripciones son extremas, en todos nosotros hay una mezcla de coeficiente intelectual e inteligencia emocional en diversos grados. Pero ofrecen una visión instructiva de lo que cada una de estas dimensiones agrega separadamente a las cualidades de una persona. En la medida en que una persona posee inteligencia cognitiva y también emocional, estas descripciones se funden en una sola. Sin embargo, de las dos, la inteligencia emocional añade muchas más de las cualidades que nos hacen más plenamente humanos.

1.1.3.8. CONÓCETE A TI MISMO.

La conciencia de uno mismo no es una atención exaltada por las emociones, que reacciona excesivamente y amplifica lo que se percibe. Se trata, de una forma neutra que conserva la autorreflexión incluso en medio de emociones turbulentas.

En términos de la mecánica nerviosa de la conciencia, señala que los circuitos neocorticales están controlando activamente la emoción, un primer paso para alcanzar cierto control. Esta conciencia de las emociones es la competencia emocional sobre la que se construyen las demás, como el autocontrol emocional. (2)

En resumen, conciencia de uno mismo significa ser “consciente de nuestro humor y también de nuestras ideas sobre ese humor”. Esto es beneficioso, cuando reconocer un humor desagradable es sentir el deseo de superarlo. (4)

Mientras los sentimientos fuertes pueden hacer estragos con el razonamiento, la falta de conciencia de los sentimientos también puede ser ruinoso, sobre todo cuando se trata de sopesar las decisiones de las que depende en gran medida nuestro destino. Tales decisiones no pueden tomarse correctamente sólo gracias a la racionalidad; exigen sentimientos viscerales, y la sabiduría emocional acumulada gracias a las experiencias pasadas.

La conciencia de las propias emociones es el eslabón que une el fundamento siguiente de la inteligencia emocional: ser capaz de superar el mal humor. (2)

1.1.3.9. MANEJAR LAS EMOCIONES.

La ira.

El autodomínio, el ser capaces de soportar las tormentas emocionales a las que nos somete la vida en lugar de ser “esclavos de la pasión”, ha sido elogiado como virtud desde los tiempos de Platón.

El objetivo es el equilibrio, no la supresión emocional, cada sentimiento tiene su valor y su significado. Una vida sin pasión sería un aburrido páramo de neutralidad, aislado y separado de la riqueza de la vida misma. Pero, como señaló Aristóteles, lo que se quiere es la emoción adecuada, el sentir de manera proporcionada a las circunstancias. (2)

Mantener bajo control nuestras emociones perturbadoras es la clave para el bienestar emocional. El arte de serenarnos es una habilidad fundamental para la vida. La ira es la más seductora de las emociones negativas; su impulso llena la mente con los argumentos más convincentes para dar rienda suelta a la furia.

La sucesión de pensamientos que agudiza la ira también es la clave de una de las más poderosas formas de distenderla: separar las convicciones que alimentan la ira en primer lugar. Cuanto más tiempo reflexionamos sobre lo que nos ha enfurecido, más “buenas razones” y autojustificaciones podemos inventar para estar furiosos. (2)

Zillmann ve dos formas principales de intervenir. Una forma de aplacar este sentimiento es aprovechar y desafiar los pensamientos que lo disparan. Las primeras etapas del ciclo de la ira son las más eficaces, por lo que es de gran importancia el factor tiempo. La ira puede ser evitada completamente si la información atenuante surge antes de que esta empiece a actuar. La segunda forma de disminuir su intensidad es enfriarse fisiológicamente esperando que pase el aumento adrenérgico hasta un momento en el que no es probable que haya más disparadores de la ira. Durante una discusión, por ejemplo, eso significa librarse momentáneamente de la otra persona. La distracción es un poderoso recurso para alterar el humor, ya que resulta difícil seguir furiosos cuando estamos pasando un momento agradable. El truco, consiste en lograr que la ira se enfríe hasta el punto en que uno pueda disfrutar realmente de un momento agradable. Una alternativa es salir a dar un largo paseo a pie. Lo mismo ocurre con los métodos de relajación como el respirar profundamente y relajar los músculos. (2)

La preocupación y ansiedad.

La preocupación, considerada el núcleo de toda ansiedad. La reacción a ésta es la vigilancia con respecto a un peligro potencial que, sin duda alguna, ha sido esencial para la supervivencia en el curso de la evolución.

La preocupación es un ensayo de lo que podría salir mal y cómo enfrentarse a ello, la tarea de ésta es alcanzar soluciones positivas con respecto a los peligros de la vida anticipándose a los riesgos antes de que estos surjan.

La dificultad surge con las preocupaciones crónicas y repetitivas, que no llevan a una solución positiva. Las preocupaciones parecen surgir de la nada, son incontrolables, generan ansiedad, son impermeables a la razón y bloquean a la persona en un único punto de vista acerca del tema que le preocupa. Dado que las preocupaciones crónicas parecen ser episodios de tono menor de la amígdala, son espontáneos. Y debido a su naturaleza misma persisten una vez que surgen en la mente.

Con la práctica, la gente puede identificar las preocupaciones cada vez más pronto. También aprender métodos de relajación que puede aplicar en el momento en que se da cuenta de que comienza la preocupación. Sin embargo, el método de relajación por sí solo no es suficiente. Por lo que, el siguiente paso consiste en adoptar una postura crítica con respecto a las suposiciones. (2)

La melancolía.

El único estado de ánimo que la gente se esfuerza más en superar es la tristeza. Ésta refuerza una especie de retirada reflexiva de las actividades de la vida y nos deja en un estado suspendido para llorar la pérdida, reflexionar sobre su significado y, hacer los ajustes psicológicos y nuevos planes que nos permitirán continuar con nuestra vida.

Uno de los principales factores que determinan si un estado de ánimo deprimido persistirá o se superará es el grado en que la persona es capaz de cavilar sobre el problema, preocuparnos por lo que nos deprime hace que la depresión sea más intensa y prolongada.

Una estrategia para combatir la melancolía, es desafiar los pensamientos en medio de la cavilación: cuestionar su validez y pensar en alternativas más positivas. La otra estrategia consiste en programar acontecimientos agradables que sirvan como distracción. Una forma constructiva de levantar el ánimo, consiste en conseguir un pequeño triunfo o un éxito fácil: abordar alguna tarea de la casa postergada, mejorar la propia imagen aunque sólo en la forma de vestirse o de maquillarse.

Uno de los antídotos más potentes contra la depresión, es el recurso de ver las cosas de una manera diferente, compararse con alguien que está peor resulta alentador, lo que parecía bastante decepcionante no es tan malo. (2)

1.1.3.10. LA PROPIA MOTIVACIÓN.

El grado en que los trastornos emocionales pueden interferir la vida mental no es ninguna novedad para los profesores. Los alumnos que se sienten ansiosos, enfurecidos o deprimidos no aprenden; la gente que se ve atrapada en estos estados de ánimo no asimila la información de manera eficaz ni la maneja bien.

Cuando las emociones entorpecen la concentración, lo que ocurre es que queda paralizada la capacidad mental cognitiva. En la medida en que nuestras emociones

entorpecen o favorecen nuestra capacidad para pensar y planificar, definen el límite de nuestra capacidad para utilizar nuestras habilidades mentales innatas, y así determinar nuestro desempeño en la vida. Y en la medida en que estamos motivados por sentimientos de entusiasmo y placer con respecto a lo que hacemos, esto nos conducirá a los logros. Es en este sentido que la inteligencia emocional es una aptitud superior, una capacidad que afecta a todas las otras habilidades, facilitándolas o interfiriéndolas. (2)

Las personas expertas en aprovechar sus emociones pueden utilizar la ansiedad anticipada, por ejemplo la que surge ante un discurso o una prueba inminentes, para motivarse y prepararse bien, con lo que consiguen un buen desempeño. Otro gran motivador es el buen humor, que mientras dura, favorece la capacidad de pensar con flexibilidad y con mayor complejidad, haciendo que resulte más fácil encontrar soluciones a los problemas. Al hacer planes o tomar decisiones las personas que están de buen humor tienen una inclinación perceptiva que las lleva a ser más comunicativas y positivas en su forma de pensar.

Desde la perspectiva de la inteligencia emocional, abrigar esperanzas, como forma de automotivación, significa que uno no cederá a la ansiedad abrumadora, a una actitud derrotista ni a la depresión cuando se enfrenta a desafíos o contratiempos. Las personas que abrigan esperanzas muestran menos depresión que las demás, ya que actúan para alcanzar sus objetivos y tienen menos dificultades emocionales. (2)

Optimismo: el gran motivador.

El optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la desesperanza o la depresión ante la adversidad. El optimismo reporta beneficios en la vida (siempre y cuando sea un optimismo realista; un optimismo demasiado ingenuo puede resultar catastrófico). (2)

El optimismo predice el éxito académico y ambos pueden aprenderse. Apoyar ambos es un concepto que los psicólogos llama *autoeficacia*, la creencia de que uno tiene dominio sobre los acontecimientos de su vida y puede aceptar los desafíos tal como se presentan. Desarrollar una competencia de cualquier clase refuerza la noción de autoeficacia, haciendo que la persona esté más dispuesta a correr riesgos y a buscar mayores desafíos. (7)

Flujo: el estado de la excelencia.

Es un estado en el que la gente queda profundamente absorta en lo que está haciendo, dedica una atención exclusiva a la tarea y su conciencia se funde con sus actos.

Ser capaz de entrar en el llamado flujo es el punto óptimo de la inteligencia emocional: el flujo representa lo fundamental en preparar las emociones al servicio del desempeño y el aprendizaje.

Existen varias maneras de alcanzar el estado de flujo. Una es concentrarse intencionadamente en la tarea a realizar, la concentración elevada es la esencia del estado de flujo. Otra, puede producirse cuando la persona encuentra una tarea para la que tiene habilidades y se compromete en ella a un nivel que pone a prueba su capacidad. Al observar a alguien que se encuentra en estado de flujo se tiene la impresión de que lo difícil resulta fácil; el desempeño óptimo parece natural y corriente.

Regular nuestros estados de ánimo para que faciliten el pensamiento en lugar de impedirlo, motivarnos para persistir y seguir intentándolo a pesar de los contratiempos, o encontrar maneras de alcanzar el estado de flujo y así desempeñarnos más eficazmente, demuestra el poder de la emoción para guiar el esfuerzo efectivo. (2)

1.1.3.11. RECONOCER EMOCIONES EN LOS DEMÁS.

La empatía se construye sobre la conciencia de uno mismo; cuanto más abiertos estamos a nuestras propias emociones, más hábiles seremos para interpretar los sentimientos de los demás. La habilidad de saber lo que siente otro, entra en juego en una amplia gama de situaciones de la vida, las ventas, la administración, la paternidad, la actividad política o médica.

La clave para intuir los sentimientos de otro está en la habilidad para interpretar los canales no verbales: el tono de voz, los ademanes, la expresión facial y cosas por el estilo. Así como la mente racional se expresa a través de palabras, la expresión de las emociones es no verbal. (2)

Empatía proviene de la palabra griega *empathia*, “sentir dentro”, término utilizado en un principio por los teóricos de la estética, para designar la capacidad de percibir la experiencia subjetiva de otra persona.

Diversas teorías del psicoanálisis consideran la relación terapéutica como una relación que proporciona un correctivo emocional. La empatía exige suficiente calma y sensibilidad para que las señales sutiles de los sentimientos de otra persona puedan ser recibidas e imitadas por el propio cerebro emocional. (2)

1.1.3.12. MANEJAR LAS RELACIONES.

Estas habilidades sociales le permiten a uno dar forma a un encuentro, movilizar o inspirar a otros, prosperar en las relaciones íntimas, persuadir e influir, tranquilizar a los demás.

Las emociones son contagiosas, transmitimos y captamos estados de ánimo unos de otros, en cada encuentro, en un nivel sutil y casi imperceptible, algunos encuentros son tóxicos y otros nutritivos. Cuanto más hábiles somos socialmente, mejor controlamos las señales que emitimos. Fijar el tono emocional de una interacción es una señal de dominio en un nivel íntimo y profundo: significa guiar el estado emocional de la otra persona. (2)

1.1.3.13. EDUCACIÓN DE LAS EMOCIONES.

La educación emocional se instala al repetirse una y otra vez la experiencia, el cerebro reacciona con un reflejo adquirido, reconociéndolo con hábitos neurológicos que se aplican en situaciones de dificultad, frustración o dolor.

Los estudiantes que cursan Ciencia del Yo (escuela de inteligencia emocional en EEUU) aprenden que la cuestión no es evitar los conflictos por completo, sino resolver los desacuerdos y los resentimientos antes de que se conviertan en una pelea encarnizada.

El manejo del dominio emocional es difícil, ya que las habilidades necesarias para lograrlo necesitan ser adquiridas en los momentos en los que habitualmente la gente

está menos dispuesta a recibir esta información y a aprender nuevos hábitos de respuesta.

Los temas contenidos en la Ciencia del Yo, incluyen conciencia de sí mismo, en el sentido de reconocer los propios sentimientos y construir un vocabulario adecuado para expresarlos; aprender a ver los vínculos existentes entre pensamientos, sentimientos y reacciones; saber si los pensamientos o los sentimientos están gobernando las decisiones; ver las consecuencias posibles de elecciones alternativas, y aplicar todas estas percepciones en decisiones sobre temas tales como drogas, tabaco y sexo. Tomar conciencia de sí mismo también implica tomar conciencia de las propias fortalezas y debilidades, y verse a uno mismo bajo una luz optimista, pero realista, evitando así una baja en la autoestima. (2)

Otro punto que se enfatiza es el del manejo de las emociones y el darse cuenta de lo que hay detrás de cualquier sentimiento, para así aprender formas de manejar la ansiedad, el enojo y la tristeza; poniendo importancia en hacerse cargo de las responsabilidades que generan los actos y las decisiones y asumir los compromisos

En síntesis, el óptimo desarrollo de un programa de alfabetización emocional se da cuando comienza tempranamente y se sigue a lo largo de la vida. Sería ingenuo suponer que no se encontrarán obstáculos para implementar estos programas en la escuela, pero no es imposible. La alfabetización emocional mejora la capacidad de la escuela para enseñar. La implementación de estos programas ayuda a fortalecer la capacidad de las escuelas de cumplir con su misión principal, la formación de un ser humano exitoso para la sociedad. Los cursos ayudan a que los niños cumplan más eficazmente sus papeles en la vida, volviéndose mejores amigos, alumnos, hijos e hijas, y con la posibilidad futura de ser mejores esposos y esposas, trabajadores y patronos, padres y ciudadanos.

Existe una palabra para designar al conjunto de habilidades que conforman la inteligencia emocional: carácter. La capacidad de diferir las gratificaciones y de controlar y canalizar la urgencia de actuar es una habilidad emocional básica, lo que en tiempos anteriores se llamaba voluntad. (2)

1.1.3.14. INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA.

Es la propia estimación de los niveles de determinadas habilidades emocionales, revela las creencias y expectativas de las personas sobre si pueden percibir, discriminar y regular sus emociones. (8)

Es de gran utilidad, obtener la percepción acerca del conocimiento de la capacidad de discriminación emocional, la atención a las emociones positivas y negativas, el nivel de regulación afectiva, o el grado de tolerancia al estrés ante las frustraciones, con el fin de evaluar, las habilidades intrapersonales y comportamientos autoinformados y de alguna forma conocer el nivel de inteligencia emocional con el que cuenta el individuo. (8).

1.1.3.15. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Se han empleado tres enfoques evaluativos de la inteligencia emocional:

- El primero incluye los instrumentos clásicos de medidas basados en cuestionarios y auto-informes realizados por el propio individuo.

- El segundo reúne medidas evaluación de observadores externos basadas en cuestionarios que son llenado por compañeros.
- El tercero agrupa las medidas de habilidad o de ejecución de inteligencia emocional compuesta por tareas emocionales que el individuo debe resolver.

Cuestionarios, escalas y autoinformes.

Este método de evaluación es el más tradicional y utilizado en el campo de psicología. A través de los cuestionarios se han obtenido perfiles en variables de personalidad como extraversión, se han evaluado aspectos emocionales como empatía o autoestima y se han obtenido medidas sobre otros factores más cognitivos como pensamiento constructivo o estrategias de afrontamiento.

La utilización de escalas y cuestionarios está mostrando su utilidad en el campo de la inteligencia emocional y el manejo efectivo de nuestras emociones. En la mayoría de los casos, estos cuestionarios están formados por enunciados verbales cortos en los que el individuo evalúa su inteligencia emocional mediante la propia estimación de sus niveles en determinadas habilidades emocionales a través de una escala Likert que varía desde nunca (1) a muy frecuentemente (5). Este indicador se denomina “índice de inteligencia emocional percibida o auto-informada” y revela las creencias y expectativas que las personas sobre si pueden percibir, discriminar y regular sus emociones. (8)

A pesar de los posibles sesgos perceptivos propios de la persona, es indiscutible la utilidad de las medidas de auto-informes en el terreno emocional, para proporcionar información sobre habilidades intrapersonales y comportamientos autoinformados de los individuos.

Puesto que el mundo emocional es interior, uno de los métodos más eficaces para conocer al propio individuo, a pesar de sus sesgos, es preguntándole sobre cómo se siente, qué piensa, o cómo le afectan determinados sucesos que ocurren. La evaluación de la inteligencia emocional a través de cuestionarios es muy útil en aquellos casos en los que se quiere obtener un índice del ajuste emocional de los individuos y obtener un perfil de las carencias afectivas en determinadas áreas cuya única forma de evaluar sea a través de la propia introspección del individuo. Es de gran utilidad para conocer la capacidad de discriminación emocional, la atención a las emociones positivas y negativas, el nivel de regulación afectiva, o el grado de tolerancia al estrés ante las frustraciones. (8)

Existen varios cuestionarios sobre inteligencia emocional que, aunque similares en su estructura, cada uno evalúa diferentes componentes de ella.

- Trait-Meta Mood Scale (TMMS).

Este cuestionario es uno de los más utilizados en el ámbito científico y aplicado. La escala proporciona una estimación personal sobre los aspectos reflexivos de nuestra experiencia emocional. Contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional intrapersonal: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación de las propias emociones. La versión clásica contiene 48 ítems, aunque hay versiones reducidas de 30 y de 24 ítems. La TMMS-24 contiene las tres dimensiones claves de la inteligencia emocional con ocho ítems cada una de ellas: percepción emocional (soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), comprensión de sentimientos (comprendo bien mis estados emocionales) y regulación emocional (soy capaz de regular los estados emocionales correctamente). (9)

- Escala de E de Schutte.

Esta medida proporciona una única puntuación de inteligencia emocional. Sin embargo, investigaciones posteriores han encontrado que esta escala se puede dividir en cuatro subfactores: a) percepción emocional, b) manejo de emociones propias, c) manejo de las emociones de los demás y, d) utilización de las emociones. (10)

Medidas basadas en observadores externos.

Esta forma de evaluar los niveles de inteligencia emocional parte de un supuesto básico: si la inteligencia implica la capacidad para manejar y comprender las emociones de las personas que nos rodean, ¿por qué no preguntar a las personas más cercanas a nosotros sobre cómo manejamos nuestras emociones en público y la forma de afrontar los sucesos que nos ocurren en nuestra vida cotidiana?. Este procedimiento se considera un medio eficaz para evaluar la inteligencia emocional interpersonal, es decir, nos indica el nivel de habilidad emocional percibida por los demás. (8)

Comúnmente son llamados instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°, en ellos se solicita la estimación por parte de los compañeros del trabajo para que nos den su opinión sobre cómo el individuo es percibido con respecto a su interacción con ellos, su manera de resolver los conflictos o su forma de afrontar las situaciones de estrés. Esta forma de evaluación es complementaria al primer grupo de medidas y sirve de información adicional y como medida para evitar posibles sesgos de deseabilidad social. (8)

Dentro de sus limitaciones se encuentran, primero, puesto que es difícil estar con una persona las 24 horas del día, la evaluación del observador depende de la forma de comportarse del individuo en presencia de él y, por tanto, se trata de una evaluación basada en observaciones de otra persona con sus respectivos sesgos perceptivos. Segundo, ya que es difícil que un observador esté en todas las situaciones con el individuo y es sabido que la forma de comportarnos varía en función del contexto, la información que nos proporciona esta restringida a un contexto determinado como es el área de trabajo. Tercero, con este procedimiento es difícil obtener datos sobre las habilidades emocionales intrapersonales como la capacidad de conciencia emocional, atención afectiva o claridad emocional interna. No obstante, esta metodología aporta nueva información no facilitada por las medidas anteriores. (8)

A través de la evaluación por observadores externos obtenemos información muy valiosa sobre cómo perciben al individuo los demás compañeros a nivel socio-emocional y es de gran utilidad para evaluar destrezas relacionadas con las habilidades interpersonales, la falta de autocontrol y los niveles de impulsividad y de manejo emocional en situaciones de conflicto social. (8)

Medidas basadas en tareas de ejecución.

Este grupo de medidas surge para suplir los problemas de sesgos que presentan las dos metodologías anteriores. El objetivo es, evitar la falsación de las respuestas por los propios sujetos en situaciones donde una imagen positiva es deseable y disminuir los sesgos perceptivos y situacionales provocados por los observadores externos. La lógica de estos instrumentos de evaluación es de un sentido común aplastante. Si queremos evaluar si una persona es hábil o no en un ámbito, la mejor forma de hacerlo es comprobar sus habilidades. Por ejemplo, si queremos evaluar la percepción emocional se examina si el individuo es capaz de reconocer emociones en ciertas

expresiones faciales. Si el propósito es evaluar la capacidad de manejo emocional se valorará las estrategias de solución de problemas por el individuo para resolver un conflicto interpersonal. (8)

Existen dos medidas de habilidad para evaluar la inteligencia emocional desde este acercamiento, el MEIS basada en el modelo de Salovey y Mayer (1990) y su versión mejorada el MSCEIT. Estas medidas abarcan cuatro áreas de la inteligencia emocional: a) percepción emocional, b) asimilación emocional, c) comprensión emocional y d) regulación afectiva. (11) (12)

Sin embargo también presentan limitaciones, se trata de una forma de evaluación tan novedosa que todavía requiere mejorar sus propiedades psicométricas, las pruebas son muy contextuales y deben adaptarse en función de la población que se vaya a evaluar, requieren de mayor tiempo en comparación con las medidas anteriores, lo cual implica que pueden encontrarse sesgos en las respuestas ocasionadas por cansancio. No obstante, las ventajas son indudables, sobretudo en combinación con las medidas anteriores. Nos permite, evitar sesgos perceptivos y son más difíciles de distorsionar, debido a su formato, obtenemos indicadores de ejecución en habilidades emocionales concretas que pueden ser educadas y entrenadas posteriormente. (8)

Los instrumentos para evaluar la inteligencia emocional que se han descrito no evalúan todos los aspectos posibles de ella, captan sólo una parte de lo que conceptualmente entendemos por ella (en especial, los aspectos intrapersonales). Aunque parece, por los estudios existentes, que el terreno evaluado es lo suficientemente representativo. (8)

1.1.4. SÍNDROME DE BURNOUT.

1.1.4.1. ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT.

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Hebert Freudenberger, psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observó que tras un tiempo en su puesto de trabajo, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación en su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el burnout 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. (13)

El término burnout es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al castellano es “estar quemado” dicho vocablo fue acuñado por Freudenberger en los años setenta tomando un término por aquel entonces de uso coloquial, que definía los efectos del abuso prolongado de drogas (“Burned out on drug”) para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. (13)

En las mismas fechas, la psicóloga social Catherine Maslach estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “sobrecarga emocional” o síndrome de burnout (“quemado”). Esta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. (14)

En la década posterior diversos autores elaboraron otras definiciones del síndrome siendo la más consolidada la realizada por Catherine Maslach y Susana Jackson en 1981, quienes lo consideran como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales serían: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada hacia los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas a realizar, unido a la percepción de escasas posibilidades de promoción personal. (14)

1.1.4.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

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

- Agotamiento o cansancio emocional.
Es el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización.
Es el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- Baja realización personal.
Se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (15)

Otros autores que han realizado numerosas investigaciones lo definen como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, que aparece en los profesionales que

trabajan en contacto con los clientes o usuarios cuando fallan las estrategias de afrontamiento del estrés. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal en el trabajo; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico debido al contacto continuo con las personas objeto de atención, y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. Este síntoma ha sido denominado despersonalización, indolencia o cinismo. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa. (16)

1.1.4.3. VARIABLES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DEL BURNOUT.

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. (15)

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

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias. (15)

Variables personales.

Las variables personales consideradas son sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, características de personalidad, psicopatologías y estrategias de afrontamiento. (15)

Parkes (1998) menciona respecto a la variable sexo con el estrés laboral, que ésta puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente. (17) En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor (18); sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (19). Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de solteros puede ser propenso a padecer burnout (18); otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal (19). En relación con la antigüedad en el trabajo, Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el período en que este problema aparece con mayor frecuencia (20), aunque los resultados en otros estudios varían.

Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas (21), también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión (22). Además se mencionan variables

predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A en estos contextos ocupacionales. (23)

Por último, en cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el desarrollo del burnout, los estudios señalan que son los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas demandas estresantes los relacionados con no presentar burnout (24); además, se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no lo desarrollan. (25)

Variables organizacionales.

Las variables organizacionales consideradas han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. (15)

Las investigaciones han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. (15) En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales perciben en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan. (26) La ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo de burnout. (27) El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional lo que ellos dan. (28)

Por otro lado, el apoyo social mantendría un efecto amortiguador de las consecuencias del estrés. (29) Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto. (23)

1.1.4.4. MODELOS TEÓRICOS DE LA GÉNESIS DEL BURNOUT.

Desde la aparición del burnout como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el burnout. En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo. (30)

Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

- Teoría sociocognitiva del yo.

Se caracteriza por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, las cuales se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás. El grado de seguridad por parte del sujeto en

sus propias capacidades determinará el empeño que éste pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de burnout. (31)

- Teoría del intercambio social.

Propone que el síndrome de burnout tiene una causa en las percepciones de falta de equidad o ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo. (31)

- Teoría organizacional.

Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresantes de la organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico. (31)

1.1.4.5. EVALUACIÓN DEL BURNOUT.

La mayor parte de la evaluación de burnout se ha desarrollado a través de diversos instrumentos entre los que podemos citar los siguientes:

- Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986).

Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Valora las tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. (14) Sin embargo, en estudios recientes aparecen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del burnout que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida. (32)

- The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS) de Jones.

Está compuesto de 20 ítems que evalúa el burnout tal y como lo describen Maslach y Jackson; se puede dividir la escala en cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. La fiabilidad es buena y las correlaciones encontradas con el agotamiento emocional y despersonalización del MBI son bastante aceptables, mientras que con la escala de logro personal la correlación es baja. (33)

- Escala de Burnout de Gil Monte P. (2005)

Gil-Monte y colaboradores desarrollaron una escala para la medición del burnout. El cuestionario abarca 20 ítems que se distribuyen en cuatro escalas:

1) Ilusión por el trabajo. Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal, el individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal.

2) Desgaste psíquico. Está formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3) Desencanto. Esta formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia la organización.

4) Culpa. Esta escala incorpora 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. (34)

1.1.4.6. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO.

La exposición a estresores crónicos por parte de un individuo está 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 enumerado una serie de alteraciones (15):

a) Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas).

Alteraciones cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales (colon irritable, enfermedad ácido-péptica), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulares. (15)

b) Consecuencias que inciden 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. (15)

c) Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales).

Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo, alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización. (15)

1.1.4.7. PREVENCIÓN Y CONTROL ASISTENCIAL DEL BURNOUT.

Desde que se comenzó a investigar el burnout se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito. En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, Míngote (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional. (35)

Estrategias propuestas:

- Estrategias orientadas a nivel individual.

Para la reducción del estrés y emociones se han empleado diversas técnicas (23), entre las que cabe destacar las técnicas de relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales. O'Brien (1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés, se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son

susceptibles al cambio. (36) Existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello nos impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos. (37)

- Estrategias orientadas a nivel organizacional.

Una gran parte de los elementos organizacionales pueden ser evaluados por los sujetos como estresores, por ello las intervenciones se dirigen a ellos mismos. Algunos de los cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno:

- a) Incrementar la autonomía del trabajo.
- b) Planificar un horario flexible.
- c) Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- d) Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico del trabajo.
- e) Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos retroalimentación, variedad de habilidades e identidad de la tarea.
- f) Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo.
- g) Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara. (38)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La relación médico-paciente es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro; una favorable relación médico-paciente dará como resultado el éxito del proceso de la atención médica hacia el paciente y fortalecerá el desarrollo profesional del médico.

Gran parte de la población en México, en las diferentes instituciones de salud pública y privada es atendida por médicos residentes en formación de las diferentes especialidades médicas, dichos profesionales de salud se ven expuestos a una serie de circunstancias (elevada demanda laboral, exceso de responsabilidad, exigencias de los pacientes, de los médicos adscritos y de compañeros residentes de grados superiores, situaciones de urgencia, impotencia para cumplir con sus obligaciones laborales y académicas sin los recursos indispensables, competencia, burocracia mecánica, transición entre la preparación teórica y la práctica médica, falta de incentivos, inexperiencia y el enfrentamiento a situaciones desconocidas), que los coloca en situaciones de estrés constante.

Se conoce del síndrome de burnout o de desgaste profesional, el cual se presenta como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, el desarrollarlo condiciona presentar un factor negativo para mantener una adecuada relación médico-paciente. El síndrome de burnout está caracterizado, por un deterioro cognitivo con baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y físico debido a un contacto continuo con las personas y aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes, la bibliografía reporta que el profesional de salud presenta una prevalencia entre 30 a 60%. (18) (19) (20) (21) (22)

En España han realizado diversos estudios sobre síndrome de burnout encontrándose en médicos de primer nivel una prevalencia del 40%, de estos 12.4% manifestaron niveles elevados de este síndrome. En Cuba, también se ha estudiado al síndrome de burnout encontrando una prevalencia del 30% en Médicos y enfermeros en primer y segundo nivel de atención de salud. En México, se realizó un estudio en el 2003 en la Universidad de Guadalajara cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del síndrome de *burnout*, en los estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública, la prevalencia encontrada para el síndrome de *burnout* fue del 56,9%. Otro estudio realizado en 1995 en profesionales sanitarios de atención primaria se encontró una prevalencia de 47.1% para el síndrome de burnout. (18) (19) (20) (21) (22)

Sin embargo, se ha constatado que recursos personales como la inteligencia emocional definida como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones, constituyen un factor protector contra las situaciones potencialmente estresantes, por lo que altos niveles de inteligencia emocional condicionan bajos niveles de burnout. (39) (40)

Por lo cual, se considera necesario investigar la asociación que existe entre el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout que presentan los médicos residentes en formación de las especialidades médicas troncales del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" y la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" del ISSSTE.

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Los avances en el conocimiento médico, la ciencia y la tecnología, orilló a la creación de una medicina con tendencia a la especialización. Sin embargo, una de las consecuencias que esto ha llevado es una relación médico-paciente menos íntima, empática y satisfactorias en términos de las expectativas y necesidades emocionales de unos y otros. En donde, se ve afectado tanto el proceso terapéutico de los pacientes, como el desarrollo profesional del médico. De acuerdo a datos obtenidos de estadísticas de CONAMED, la relación médico-paciente, constituye la quinta causa de quejas por presunta irregularidad en la atención médica recibida, durante los últimos 12 años, con el 3.6% de las mismas, después del tratamiento quirúrgico (42.9%), tratamiento médico (25.9%), diagnóstico (18.9%) y otros motivos (4.3%).

Esto cobra vital importancia al tomar en cuenta, que gran parte de la población en las diferentes instituciones de salud es atendida por médicos residentes en formación los cuales se ven expuestos a una elevada demanda laboral, exceso de responsabilidad, situaciones de urgencia, burocracia, transición entre la preparación teórica y la práctica médica, inexperiencia, que los coloca como un grupo de riesgo para la presencia de síndrome de burnout.

Sin embargo, se han obtenido investigaciones que sustentan que no todos los profesionales de salud desarrollan dicho síndrome aún cuando enfrentan las mismas situaciones en el lugar de trabajo. Se ha identificado que los recursos personales como la inteligencia emocional, la cual nos permite tomar conciencia de nuestras emociones, comprender los sentimientos de los demás, tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo, incrementar nuestra capacidad de empatía y nuestras habilidades sociales, aumenta nuestras posibilidades de afrontar favorablemente las situaciones potencialmente estresantes.

Este trabajo es de utilidad para promover la importancia del estudio sobre la asociación que existe entre el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout en médicos residentes en formación, propiciando el apoyo de una intervención psicológica integral a nivel institucional y principalmente educativo, que influya en el desarrollo de un nivel de inteligencia emocional adecuado, el cual repercuta en la disminución de la presentación del síndrome de burnout en éstos, ya que constituyen un grupo importante de profesionales de salud que atiende a la población. La trascendencia de este estudio radica en el hecho de que generará información que aún no se conoce, acerca de este tema en este grupo de profesionales de la salud. Resulta además factible su realización, ya que se cuenta con los recursos humanos que se requieren, un investigador y médicos residentes en formación.

1.4. OBJETIVO GENERAL.

1.4.1. Identificar la asociación que existe entre el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.5.1. Identificar los niveles de inteligencia emocional percibida de acuerdo a las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, tipo y grado de especialidad médica) de los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

1.5.2. Identificar las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, tipo y grado de especialidad médica) que se encuentren más afectadas por el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

1.6. HIPÓTESIS NULA.

Si existe asociación entre el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

1.7. HIPÓTESIS ALTERNA.

No existe asociación entre el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

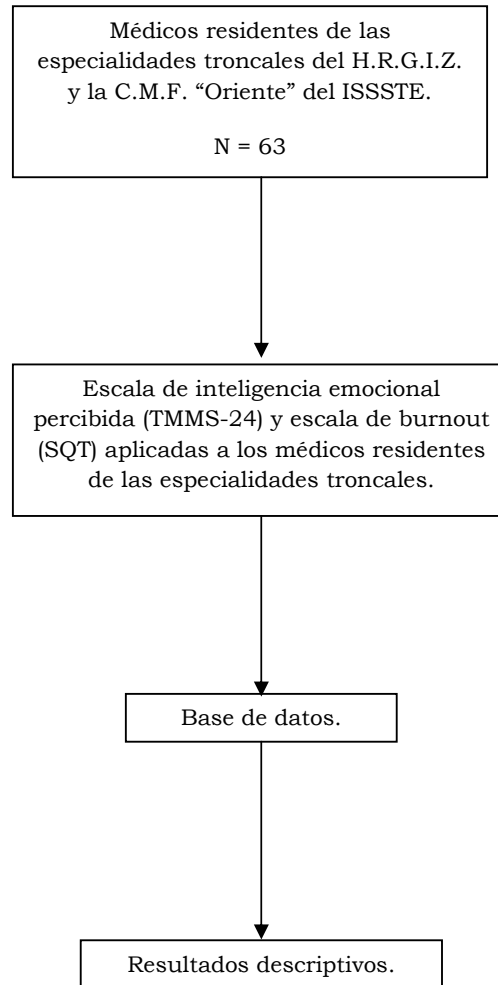
2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal, analítico.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.

Para el diseño del estudio se siguieron las recomendaciones de la Guía para la tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar (GTPI). El diseño general del estudio se presenta a continuación:



2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Se incluyeron a los médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecobstetricia y medicina familiar) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza y la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" del ISSSTE, los cuales se encuentren cursando algún grado de su especialidad y que terminen su ciclo en febrero del 2008.

2.4. MUESTRA.

La población total a estudiar fue de 63 médicos residentes, dado que es una población pequeña no se tomó muestra, el estudio se realizó a la totalidad de los sujetos de estudio.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

2.5.1. Criterios de inclusión.

- Médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y medicina familiar) inscritos al HRGIZ y a la CMF "Oriente" del ISSSTE que se encontraban cursando su primer, segundo, tercero o cuarto año de la residencia.
- Médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y medicina familiar) del HRGIZ y de la CMF "Oriente" del ISSSTE que aceptaron responder el "test de inteligencia emocional percibida y su asociación con el síndrome de burnout" en forma voluntaria y completa.

2.5.2. Criterios de exclusión.

- Médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y medicina familiar) que no se encontraban inscritos al HRGIZ y a la CMF "Oriente" del ISSSTE.
- Médicos residentes de especialidades no troncales que se encontraban inscritos al HRGIZ y a la CMF "Oriente" del ISSSTE:
- Médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y medicina familiar) del HRGIZ y de la CMF "Oriente" del ISSSTE que no aceptaron responder el "test de inteligencia emocional percibida y su asociación con el síndrome de burnout".

2.5.2. Criterios de eliminación.

- Presencia de respuestas dobles en algún reactivo de la encuesta.
- No haber contestado los cuestionarios al 100%.
- No haber entregado los cuestionarios aplicados.

2.6. VARIABLES.

Se estudiaron un total de 51 variables, que se distribuyen en 4 secciones:

- Sección 1: Folio (1 variable).
- Sección 2: Ficha de identificación (5 variables).
- Sección 3: Escala de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) (24 variables).
- Sección 4: Escala de burnout de Gil Monte y Peiro (SQT) (20 variables).

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE.	TIPO DE VARIABLE.	ESCALA DE MEDICIÓN.	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CÓDIGOS.
SECCIÓN 1.			
Folio.	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo
SECCIÓN 2.			
FICHA DE IDENTIFICACIÓN. Sexo.	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Femenino 2= Masculino
Edad.	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Estado civil.	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado 5= Viudo 6= Separado
Tipo de especialidad.	Cualitativa	Nominal	1= Medicina interna 2= Cirugía general 3= Pediatría 4= Ginecobstetricia 5= Medicina familiar
Grado de especialidad.	Cuantitativa	Ordinal	1= Primero 2= Segundo 3= Tercero 4= Cuarto
SECCIÓN 3.			
ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA. Presto mucha atención a los sentimientos.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Normalmente dedico tiempo a pensar en			1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo

mis emociones.	Cualitativa	Ordinal	3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
A menudo pienso en mis sentimientos.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Presto mucha atención a cómo me siento.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Tengo claros mis sentimientos.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de

			acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Casi siempre sé cómo me siento.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Siempre puede decir cómo me siento.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de

			acuerdo
Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo
Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	Cualitativa	Ordinal	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo

SECCIÓN 4.			
<p>ESCALA DE BURNOUT.</p> <p>Mi trabajo me supone un reto estimulante.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>Estoy harto de mi trabajo.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>Me preocupa el trato que he dado a mis pacientes.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>Me siento decepcionado por lo que es mi trabajo.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>Creo que merezco algo mejor que este trabajo.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>
<p>Pienso que estoy saturado por el trabajo.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente</p>

Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Hay momentos en los que me gustaría desaparecer de mi trabajo.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Me siento agobiado por el trabajo.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para nada.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Mi trabajo me resulta gratificante.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Me siento cansado físicamente en el			0= Nunca 1= Raramente

trabajo.	Cualitativa	Ordinal	2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Me siento desgastado emocionalmente.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Me siento ilusionado por mi trabajo.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	Cualitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente

2.7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Escala de Inteligencia Emocional Percibida (TMMS-24).

Esta escala está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas. (9)

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional con ocho ítems cada una de ellas: percepción emocional (soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), comprensión de sentimientos (soy capaz de comprender bien mis estados emocionales) y regulación emocional (soy capaz de regular los estados emocionales correctamente). (9)

Los ítems de las tres dimensiones se evalúan por medio de la escala likert de acuerdo a las siguientes afirmaciones: 1= nada de acuerdo, 2= algo de acuerdo, 3= bastante de acuerdo, 4= muy de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo. Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, se suman los ítems del 1 al 8 para el factor percepción, los ítems del 9 al 16 para el factor comprensión y del 17 al 24 para el factor regulación. Luego se comparan en cada una de las tablas que a continuación se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones entre cada uno de ellos. La veracidad y confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que se haya sido al responder a las cuestiones. (9)

- Percepción emocional.

HOMBRES	MUJERES
Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 21	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 24
Adecuada percepción 22 a 32	Adecuada percepción 25 a 35
Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 36

- Comprensión de sentimientos.

HOMBRES	MUJERES
Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23
Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34
Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35

- Regulación emocional.

HOMBRES	MUJERES
Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35

Escala de Burnout de Gil Monte (SQT).

El cuestionario contiene 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones. Las dimensiones quedan como sigue:

- Ilusión por el trabajo.

Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, bajas

puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles de burnout. Ítems: 1, 5, 10, 15, 19.

- Desgaste psíquico.

Está formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera negativa, altas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles de burnout. Ítems: 8, 12, 17, 18.

- Desencanto.

Está formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia la organización. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera negativa, altas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles de burnout. Ítems: 2, 3, 6, 7, 11, 14.

- Culpa.

Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. Ítems: 4, 9, 13, 16, 20. (34)

Los ítems de las cuatro dimensiones se evalúan por medio de la escala likert de acuerdo a las siguientes afirmaciones: 0= nunca, 1= raramente: algunas veces al año, 2= a veces: algunas veces al mes, 3= frecuentemente: algunas veces por semana y 4= muy frecuentemente: todos los días. Para la evaluación del test se tomaron los percentiles 33 y 66, siendo niveles bajos los que se encuentran por debajo del percentil 33, niveles medio los que se encuentran entre el percentil 33 y 66 y niveles altos los que se encuentra por encima del percentil 66.

2.8. DISEÑO ESTADÍSTICO.

2.8.1. ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Asociar el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

2.8.2. ¿Cuántos grupos se investigaron?

Se investigó un grupo de 63 médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, ginecología, pediatría y medicina familiar) de los grados 1º, 2º, 3er y 4º del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

2.8.3. ¿Cuántas mediciones se realizaron en las unidades de muestreo? ¿Cómo se realizaron las mediciones?

Una sola medición, relacionada.

2.8.4. ¿Qué tipos de variables fueron medidas? ¿Qué escala de medición se utilizó?

Cualitativas nominales y ordinales y cuantitativas continuas.

2.8.5. ¿Qué distribución tuvieron los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas una distribución normal y para las variables cualitativas una distribución libre.

2.8.6. ¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?

Muestra no aleatoria, representativa de los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente”, ya que se incluye a toda la población que se desea estudiar (N=63).

2.9. INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó por medio de una encuesta, la cual consta de cuatro secciones:

1. Consentimiento de participación voluntaria y folio (1 variable).
2. Ficha de identificación (5 variables).
3. Escala de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) (24 variables). (9)
4. Escala de burnout de Gil Monte y Peiro (SQT) (20 variables). (34)

La encuesta se muestra a continuación:

**TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU
ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE BURNOUT.**

Folio ____

1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

El presente cuestionario tiene como propósito conocer si el nivel de inteligencia emocional influye en la presencia o ausencia del síndrome de burnout en el médico residente de las especialidades troncales.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herido(a), lastimado(a) o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población.

El cuestionario tiene 49 preguntas y se contesta en aproximadamente 15 minutos, no existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si ____ No ____

Muchas gracias por su participación.

2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Por favor marque con una "X" su respuesta.

1. Sexo: femenino ____ masculino ____

2. Edad: ____ años.

3. Estado civil: soltero ____ casado ____ unión libre ____
divorciado ____ viudo ____ separado ____

4. Tipo de especialidad:

Medicina Interna ____ Cirugía General ____ Pediatría ____
Ginecobstetricia ____ Medicina Familiar ____

5. Grado de especialidad:

Primero ____ Segundo ____ Tercero ____ Cuarto ____

3. ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA (TMMS-24).

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

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

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

26.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
27.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
28.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
29.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

4. ESCALA DE BURNOUT DE GIL MONTE Y PEIRO (SQT).

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para Usted. Piense con qué frecuencia le surgen a Usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder señale con una "X" la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente : algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días

30.	Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
31.	No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo.	0	1	2	3	4
32.	Estoy harto de mi trabajo.	0	1	2	3	4
33.	Me preocupa el trato que he dado a mis pacientes.	0	1	2	3	4
34.	Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
35.	Me siento decepcionado por lo que es mi trabajo.	0	1	2	3	4
36.	Creo que merezco algo mejor que este trabajo.	0	1	2	3	4
37.	Pienso que estoy saturado por el trabajo.	0	1	2	3	4
38.	Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
39.	Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
40.	Hay momentos en los que me gustaría desaparecer de mi trabajo.	0	1	2	3	4
41.	Me siento agobiado por el trabajo.	0	1	2	3	4
42.	Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
43.	Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para	0	1	2	3	4

	nada.					
44.	Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
45.	Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
46.	Me siento cansado físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
47.	Me siento desgastado emocionalmente.	0	1	2	3	4
48.	Me siento ilusionado por mi trabajo.	0	1	2	3	4
49.	Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4

2.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó el apoyo de la jefatura de enseñanza del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” y a los jefes de enseñanza de cada una de las especialidades médicas troncales, con el fin de obtener un espacio físico y tiempo, para realizar la aplicación del test de la escala de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y de la escala de burnout de Gil Monte y Peiro (SQT), previa lectura del consentimiento informado.

2.11. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

- Sesgo de selección. Muestra no aleatoria. No hubo muestra ya que se aplicó al universo de los sujetos de estudio y es representativa de los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente”, más no para otros médicos residentes de otras unidades o instituciones de salud.

- Sesgo de información. Se confió en que la información obtenida de los médicos residentes es verídica; esta estrategia no asegura control de este tipo de sesgo.

- Sesgo de medición. Se realizó la aplicación del “test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de burnout” por parte del autor del estudio.

- Sesgo de análisis. Se realizó por medio del paquete estadístico SPSS, con capacitación previa de dicho programa para el almacenamiento y análisis de la información por parte del asesor de la tesis.

2.12. PRUEBA PILOTO.

Se realizó una prueba piloto en la cual se aplicaron 12 encuestas, utilizando la técnica de entrevista de autoaplicación planeada, con los resultados de dicha prueba no fue necesario hacer correcciones a la misma.

2.13. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.

2.13.1. Plan de codificación de datos.

CODIFICACIÓN DE LA VARIABLE.						
FICHA DE IDENTIFICACIÓN.						
1. Sexo.	1:1 = femenino			1:2 = masculino		
2. Edad.	2:25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, etc. = números enteros.					
3. Estado civil.	3:1= soltero	3:2= casado	3:3= unión libre	3:4= divorciado	3:5= viudo	3:6 = separado
4. Tipo de especialidad	4:1= medicina interna	4:2= cirugía general	4:3= pediatría	4:4=ginecobstetricia	4:5=medicina familiar	
5. Grado de especialidad	5:1= primero		5:2= segundo	5:3= tercero		5:4= cuarto
ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA TMMS-24.						
6. Pregunta.	6:1= nada de acuerdo	6:2= algo de acuerdo	6:3= bastante de acuerdo	6:4= muy de acuerdo	6:5=totalmente de acuerdo	
7. Pregunta.	7:1= nada de acuerdo	7:2= algo de acuerdo	7:3= bastante de acuerdo	7:4= muy de acuerdo	7:5=totalmente de acuerdo	
8. Pregunta.	8:1= nada de acuerdo	8:2= algo de acuerdo	8:3= bastante de acuerdo	8:4= muy de acuerdo	8:5=totalmente de acuerdo	
9. Pregunta.	9:1= nada de acuerdo	9:2= algo de acuerdo	9:3= bastante de acuerdo	9:4= muy de acuerdo	9:5=totalmente de acuerdo	
10. Pregunta.	10:1= nada de acuerdo	10:2= algo de acuerdo	10:3= bastante de acuerdo	10:4= muy de acuerdo	10:5=totalmente de acuerdo	
11. Pregunta.	11:1= nada de acuerdo	11:2= algo de acuerdo	11:3= bastante de acuerdo	11:4= muy de acuerdo	11:5=totalmente de acuerdo	
12. Pregunta.	12:1= nada de acuerdo	12:2= algo de acuerdo	12:3= bastante de acuerdo	12:4= muy de acuerdo	12:5=totalmente de acuerdo	
13. Pregunta.	13:1= nada de acuerdo	13:2= algo de acuerdo	13:3= bastante de acuerdo	13:4= muy de acuerdo	13:5=totalmente de acuerdo	
14. Pregunta.	14:1= nada de acuerdo	14:2= algo de acuerdo	14:3= bastante de acuerdo	14:4= muy de acuerdo	14:5=totalmente de acuerdo	
15. Pregunta.	15:1= nada de acuerdo	15:2= algo de acuerdo	15:3= bastante de acuerdo	15:4= muy de acuerdo	15:5=totalmente de acuerdo	
16. Pregunta.	16:1= nada de acuerdo	16:2= algo de acuerdo	16:3= bastante de acuerdo	16:4= muy de acuerdo	16:5=totalmente de acuerdo	
17.	17:1= nada	17:2= algo de	17:3= bastante	17:4= muy de	17:5=totalment	

Pregunta.	de acuerdo	acuerdo	de acuerdo	acuerdo	e de acuerdo
18. Pregunta.	18:1= nada de acuerdo	18:2= algo de acuerdo	18:3= bastante de acuerdo	18:4= muy de acuerdo	18:5=totalmente de acuerdo
19. Pregunta.	19:1= nada de acuerdo	19:2= algo de acuerdo	19:3= bastante de acuerdo	19:4= muy de acuerdo	19:5=totalmente de acuerdo
20. Pregunta.	20:1= nada de acuerdo	20:2= algo de acuerdo	20:3= bastante de acuerdo	20:4= muy de acuerdo	20:5=totalmente de acuerdo
21. Pregunta.	21:1= nada de acuerdo	21:2= algo de acuerdo	21:3= bastante de acuerdo	21:4= muy de acuerdo	21:5=totalmente de acuerdo
22. Pregunta.	22:1= nada de acuerdo	22:2= algo de acuerdo	22:3= bastante de acuerdo	22:4= muy de acuerdo	22:5=totalmente de acuerdo
23. Pregunta.	23:1= nada de acuerdo	23:2= algo de acuerdo	23:3= bastante de acuerdo	23:4= muy de acuerdo	23:5=totalmente de acuerdo
24. Pregunta.	24:1= nada de acuerdo	24:2= algo de acuerdo	24:3= bastante de acuerdo	24:4= muy de acuerdo	24:5=totalmente de acuerdo
25. Pregunta.	25:1= nada de acuerdo	25:2= algo de acuerdo	25:3= bastante de acuerdo	25:4= muy de acuerdo	25:5=totalmente de acuerdo
26. Pregunta.	26:1= nada de acuerdo	26:2= algo de acuerdo	26:3= bastante de acuerdo	26:4= muy de acuerdo	26:5=totalmente de acuerdo
27. Pregunta.	27:1= nada de acuerdo	27:2= algo de acuerdo	27:3= bastante de acuerdo	27:4= muy de acuerdo	27:5=totalmente de acuerdo
28. Pregunta.	28:1= nada de acuerdo	28:2= algo de acuerdo	28:3= bastante de acuerdo	28:4= muy de acuerdo	28:5=totalmente de acuerdo
29. Pregunta.	29:1= nada de acuerdo	29:2= algo de acuerdo	29:3= bastante de acuerdo	29:4= muy de acuerdo	29:5=totalmente de acuerdo
ESCALA DE BURNOUT DE GIL MONTE Y PEIRO.					
30. Pregunta.	30:0= nunca	30:1= raramente	30:2= a veces	30:3=frecuentemente	30:4=muy frecuentemente
31. Pregunta.	31:0= nunca	31:1= raramente	31:2= a veces	31:3=frecuentemente	31:4=muy frecuentemente
32. Pregunta.	32:0= nunca	32:1= raramente	32:2= a veces	32:3=frecuentemente	32:4=muy frecuentemente
33. Pregunta.	33:0= nunca	33:1= raramente	33:2= a veces	33:3=frecuentemente	33:4=muy frecuentemente
34. Pregunta.	34:0= nunca	34:1= raramente	34:2= a veces	34:3=frecuentemente	34:4=muy frecuentemente
35. Pregunta.	35:0= nunca	35:1= raramente	35:2= a veces	35:3=frecuentemente	35:4=muy frecuentemente
36. Pregunta.	36:0= nunca	36:1=	36:2= a veces	36:3=frecuentemente	36:4=muy

Pregunta.		raramente		ente	frecuentemente
37. Pregunta.	37:0= nunca	37:1= raramente	37:2= a veces	37:3=frecuentem ente	37:4=muy frecuentemente
38. Pregunta.	38:0= nunca	38:1= raramente	38:2= a veces	38:3=frecuentem ente	38:4=muy frecuentemente
39. Pregunta.	39:0= nunca	39:1= raramente	39:2= a veces	39:3=frecuentem ente	39:4=muy frecuentemente
40. Pregunta.	40:0= nunca	40:1= raramente	40:2= a veces	40:3=frecuentem ente	40:4=muy frecuentemente
41. Pregunta.	41:0= nunca	41:1= raramente	41:2= a veces	41:3=frecuentem ente	41:4=muy frecuentemente
42. Pregunta.	42:0= nunca	42:1= raramente	42:2= a veces	42:3=frecuentem ente	42:4=muy frecuentemente
43. Pregunta.	43:0= nunca	43:1= raramente	43:2= a veces	43:3=frecuentem ente	43:4=muy frecuentemente
44. Pregunta.	44:0= nunca	44:1= raramente	44:2= a veces	44:3=frecuentem ente	44:4=muy frecuentemente
45. Pregunta.	45:0= nunca	45:1= raramente	45:2= a veces	45:3=frecuentem ente	45:4=muy frecuentemente
46. Pregunta.	46:0= nunca	46:1= raramente	46:2= a veces	46:3=frecuentem ente	46:4=muy frecuentemente
47. Pregunta.	47:0= nunca	47:1= raramente	47:2= a veces	47:3=frecuentem ente	47:4=muy frecuentemente
48. Pregunta.	48:0= nunca	48:1= raramente	48:2= a veces	48:3=frecuentem ente	48:4=muy frecuentemente
49. Pregunta.	49:0= nunca	49:1= raramente	49:2= a veces	49:3=frecuentem ente	49:4=muy frecuentemente

2.13.2. Diseño y construcción de la base de datos.

Nombre de la variable (OCHO CARACTERES)	Tipo N= NUMÉRICO S= CADENA (NOMBRES)	Ancho de la columna ENTEROS	Etiqueta NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	Valores que toma la variable CÓDIGOS	Escala de medición S= CONTINUA O ESCALAR O= ORDINAL N= NOMINAL
Folio	N	3	Número de folio	Número consecutivo	S
Sexo	N	3	Sexo del paciente	1= femenino 2= masculino	N
Edad	N	3	Edad en años	Números enteros	S

Edocivil	N	3	Estado civil del residente	1= soltero 2= casado 3= unión libre 4= divorciado 5= viudo 6= separado	N
Tipoespe	S	3	Tipo de especialidad del residente	1= Medicina interna 2= Cirugía general 3= Pediatría 4= Ginecobstetricia 5= Medicina familiar	N
Gdoespec	N	3	Grado de especialidad del residente	1= Primero 2= Segundo 3= Tercero 4= Cuarto	O
Eiep1	N	3	Pregunta # 1 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep2	N	3	Pregunta # 2 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep3	N	3	Pregunta # 3 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep4	N	3	Pregunta # 4 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep5	N	3	Pregunta # 5 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O

Eiep6	N	3	Pregunta # 6 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep7	N	3	Pregunta # 7 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep8	N	3	Pregunta # 8 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep9	N	3	Pregunta # 9 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep10	N	3	Pregunta # 10 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep11	N	3	Pregunta # 11 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep12	N	3	Pregunta # 12 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep13	N	3	Pregunta # 13 de la escala	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo	O

			de inteligencia emocional percibida	3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	
Eiep14	N	3	Pregunta # 14 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep15	N	3	Pregunta # 15 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep16	N	3	Pregunta # 16 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep17	N	3	Pregunta # 17 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep18	N	3	Pregunta # 18 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep19	N	3	Pregunta # 19 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep20	N	3	Pregunta # 20 de la escala de inteligencia	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de	O

			emocional percibida	acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	
Eiep21	N	3	Pregunta # 21 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep22	N	3	Pregunta # 22 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep23	N	3	Pregunta # 23 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eiep24	N	3	Pregunta # 24 de la escala de inteligencia emocional percibida	1= Nada de acuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo	O
Eburn1	N	3	Pregunta # 1 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn2	N	3	Pregunta # 2 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn3	N	3	Pregunta # 3 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O

Eburn4	N	3	Pregunta # 4 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn5	N	3	Pregunta # 5 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn6	N	3	Pregunta # 6 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn7	N	3	Pregunta # 7 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn8	N	3	Pregunta # 8 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn9	N	3	Pregunta # 9 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn10	N	3	Pregunta # 10 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn11	N	3	Pregunta # 11 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn12	N	3	Pregunta # 12 de la escala	0= Nunca 1= Raramente	O

			de burnout	2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	
Eburn13	N	3	Pregunta # 13 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn14	N	3	Pregunta # 14 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn15	N	3	Pregunta # 15 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn16	N	3	Pregunta # 16 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn17	N	3	Pregunta # 17 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn18	N	3	Pregunta # 18 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn19	N	3	Pregunta # 19 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente	O
Eburn20	N	3	Pregunta # 20 de la escala de burnout	0= Nunca 1= Raramente 2= A veces 3= Frecuentemente	O

					4= Muy frecuentemente	
--	--	--	--	--	--------------------------	--

2.13.3. Análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis de variables cuantitativas y cualitativas por medio de las medidas de tendencia central, desarrollando una estadística descriptiva (porcentajes, media, moda, etc.), además de aplicar la prueba estadística correlación de Spearman entre los componentes de la escala de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y la escala de burnout (SQT).

2.14. CRONOGRAMA.

	2007										2008								
ACTIVIDAD	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9	1 0	1 1	1 2	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	
ETAPA DE PLANEACIÓN DEL PROYECTO	X	X	X	X															
Marco teórico			X	X	X	X	X												
Material y métodos								X	X	X									
Registro y autorización del proyecto											X								
Prueba piloto											X	X							
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO											X	X	X	X					
Recolección de datos													X	X					
Almacenamiento de los datos															X				
Análisis de los datos																X			
Descripción de los resultados																X	X		
Discusión de los resultados																X	X		
Conclusiones del estudio																		X	X
Integración y																			X

revisión final																			
Reporte final																			X
Autorizaciones																			X
Impresión del trabajo final																			X
Solicitud del examen de tesis																			X

2.15. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

En cuanto a los recursos humanos que requirió la investigación para su realización los constituye la autora de la misma, la cual utilizará recursos materiales como computadora laptop, fotocopias, memoria USB, lápices, borradores y marcadores. Así mismo se usarán los espacios físicos dentro del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” como son residencias médicas, pasillos, oficinas y consultorios. El financiamiento de la investigación esta a cargo de la autora de la misma.

2.16. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La presente investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000. Además, se apega al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, de donde se toma en consideración el título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, sobre “Investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportan datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria de cada médico residente mediante un texto que se incluyó al inicio de la entrevista y que se les fue leído, donde se les invitaba a participar.

A todos los médicos residentes que acepten participar en el estudio, se les dará la opción de conocer su resultado del test aplicado, con el fin de ofrecer a los médicos que así lo deseen y que resulten con datos sugestivos de síndrome de burnout y con niveles deficientes de inteligencia emocional percibida, un curso sobre entrenamiento psicognitivo conductual de estilos de afrontamiento de estrés y desarrollo de inteligencia emocional, apoyo ofrecido por la Licenciada en Psicología Clara Ivette Hernández Vargas Profesora de Docencia del Departamento de Medicina Familiar.

3. RESULTADOS.

Se realizó una investigación para asociar el nivel de inteligencia emocional percibida y el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia, pediatría y medicina familiar) del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE, con una población de 63 médicos residentes, encontrando los siguientes resultados:

3.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Se encontró que 30 (47.6%) corresponden al sexo femenino y 33 (52.4%) al masculino.

Cuadro 1.1

Sexo de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	47.6%
Masculino	33	52.4%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

Se observó un promedio de edad de 29.71 años, con un rango de 25 a 39 años, una desviación estándar de 2.86 y una moda de 27 años.

Cuadro 1.2

Edad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25 años	4	6.3%
26 años	2	3.2%
27 años	10	15.9%
28 años	9	14.3%
29 años	6	9.5%
30 años	8	12.7%
31 años	6	9.5%
32 años	9	14.3%
33 años	3	4.8%
34 años	4	6.3%
36 años	1	1.6%
39 años	1	1.6%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En cuanto al estado civil, se encontraron 37 (58.7%) solteros, 18 (28.6%) casados, 4 (6.3%) que viven en unión libre, 2 (3.2%) divorciados y 2 (3.2%) separados.

Cuadro 1.3

Estado civil de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	37	58.7%
Casado	18	28.6%
Unión libre	4	6.3%

Divorciado	2	3.2%
Separado	2	3.2%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

Con respecto, al tipo de especialidad 12 (19%) fueron internistas, 19 (30%) cirujanos generales, 11 (17.5%) pediatras, 11 (17.5%) ginecobstetras y 10 (15.9) médicos familiares.

Cuadro 1.4

Tipo de especialidad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Tipo de especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	12	19%
Cirugía general	19	30.2%
Pediatría	11	17.5%
Ginecobstetricia	11	17.5%
Medicina Familiar	10	15.9%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En relación al grado de especialidad, en promedio se encontraban en el 2.54 año, con una desviación estándar de 1.03, 12 (19%) cursando el 1er año, 18 (28.6%) el 2º, 20 (31.7%) el 3º y 13 (20.6%) el 4º.

Cuadro 1.5

Grado de especialidad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Grado de especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Primer año	12	19%
Segundo año	18	28.6%
Tercer año	20	31.7%
Cuarto año	13	20.6%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

3.2. ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA (IEP) (TMMS-24).

Se encontró una IEP adecuada en 12 (19.04%), regular en 50 (79.3%) y mala en uno (1.5%).

Cuadro 2

Inteligencia emocional percibida en los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Adecuada inteligencia emocional percibida	Regular inteligencia emocional percibida	Mala inteligencia emocional percibida	Total
12	50	1	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de percepción emocional, para el sexo masculino, se observó una desviación estándar de 0.63, con nivel bajo (poca atención) en 27 (81.8%), medio (adecuada percepción) en 3 (9.1%) y alto (demasiada atención) en 3 (9.1%).

Cuadro 2.1.1

Percepción emocional en los médicos residentes hombres encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Percepción emocional en hombres	Frecuencia	Porcentaje
Poca atención	27	81.8%
Adecuada percepción	3	9.1%
Demasiada atención	3	9.1%
Total	33	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de percepción emocional, para el sexo femenino, se encontró una desviación estándar de 0.63, con nivel bajo (poca atención) en 16 (53.3%), medio (adecuada percepción) en 12 (40%) y alto (demasiada atención) en 2 (6.7%).

Cuadro 2.1.2

Percepción emocional en los médicos residentes mujeres encuestadas de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Percepción emocional en mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Poca atención	16	53.3%
Adecuada percepción	12	40%
Demasiada atención	2	6.7%
Total	30	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de comprensión de sentimientos, para el sexo masculino, se observó una desviación estándar de 0.79, con nivel bajo (poca comprensión) en 11 (33.3%), medio (adecuada comprensión) en 13 (39.4%) y alto (excelente comprensión) en 9 (27.3%).

Cuadro 2.2.1

Comprensión de sentimientos en los médicos residentes hombres encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Comprensión de sentimientos en hombres	Frecuencia	Porcentaje
Poca comprensión	11	33.3%
Adecuada comprensión	13	39.4%
Excelente comprensión	9	27.3%
Total	33	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de comprensión de sentimientos, para el sexo femenino, se encontró una desviación estándar de 0.79, con nivel bajo (poca comprensión) en 6 (20%), medio (adecuada comprensión) en 9 (30%) y alto (excelente comprensión) en 15 (50%).

Cuadro 2.2.2

Comprensión de sentimientos en los médicos residentes mujeres encuestadas de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Comprensión de sentimientos en mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Poca comprensión	6	20%
Adecuada comprensión	9	30%
Excelente comprensión	15	50%
Total	30	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de regulación emocional, para el sexo masculino, se observó una desviación estándar de 0.63, con nivel bajo (poca regulación emocional) en 3 (9.1%), medio (adecuada regulación) en 18 (54.5%) y alto (excelente regulación) en 12 (36.4%).

Cuadro 2.3.1

Regulación emocional en los médicos residentes hombres encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Regulación emocional en hombres	Frecuencia	Porcentaje
Poca regulación	3	9.1%
Adecuada regulación	18	54.5%
Excelente regulación	12	36.4%
Total	33	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de regulación emocional, para el sexo femenino, se encontró una desviación estándar de 0.68, con nivel bajo (poca regulación emocional) en 5 (16.7%), medio (adecuada regulación) en 16 (53.3%) y alto (excelente regulación) en 9 (30.0%).

Cuadro 2.3.2

Regulación emocional en los médicos residentes mujeres encuestadas de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Regulación emocional en mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Poca regulación	5	16.7%
Adecuada regulación	16	53.3%
Excelente regulación	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

De acuerdo a inteligencia emocional percibida (IEP) y sexo, se encontró IEP adecuada en 12: 9 femeninos y 3 masculinos; regular en 50: 21 femeninos y 29 masculinos; y mala en un masculino.

Cuadro 2.4

Inteligencia emocional percibida y sexo de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Sexo del médico residente	Adecuada inteligencia emocional percibida	Regular inteligencia emocional percibida	Mala inteligencia emocional percibida	Total
Femenino	9	21	0	30
Masculino	3	29	1	33

Total	12	50	1	63
-------	----	----	---	----

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En relación a inteligencia emocional percibida (IEP) y edad, se encontró IEP adecuada en 12: con un rango de 25 a 33 años, con una media de 29 años y una moda de 27 y 29 años; regular en 50: con un rango de 25 a 39 años, con una media de 32 años y una moda de 28 años; y mala en un médico de 32 años.

Cuadro 2.5

Inteligencia emocional percibida y edad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Edad del médico residente	Adecuada inteligencia emocional percibida	Regular inteligencia emocional percibida	Mala inteligencia emocional percibida	Total
25 años	2	2	0	4
26 años	0	2	0	2
27 años	3	7	0	10
28 años	1	8	0	9
29 años	3	3	0	6
30 años	1	7	0	8
31 años	0	6	0	6
32 años	1	7	1	9
33 años	1	2	0	3
34 años	0	4	0	4
36 años	0	1	0	1
39 años	0	1	0	1
Total	12	50	1	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En cuanto a inteligencia emocional percibida (IEP) y estado civil se encontró: IEP adecuada en 12: 9 solteros, uno casado, uno que vive en unión libre y un divorciado; regular en 50: 27 solteros, 17 casados, 3 que viven en unión libre, uno divorciado y 2 separados; y mala en un soltero.

Cuadro 2.6

Inteligencia emocional percibida y estado civil de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Estado civil del médico residente	Adecuada inteligencia emocional percibida	Regular inteligencia emocional percibida	Mala inteligencia emocional percibida	Total
Soltero	9	27	1	37
Casado	1	17	0	18
Unión libre	1	3	0	4
Divorciado	1	1	0	2
Separado	0	2	0	2
Total	12	50	1	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En relación a inteligencia emocional percibida (IEP) y tipo de especialidad, se observó: IEP adecuada en 12: 3 internistas, 2 cirujanos generales, 4 pediatras, un ginecóloga y 2 médicos familiares; regular en 50: 9 internistas, 16 cirujanos

generales, 7 pediatras, 10 ginecobstétricas y 8 médicos familiares; y mala en un cirujano general.

Cuadro 2.7

Inteligencia emocional percibida (IEP) y tipo de especialidad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Tipo de especialidad del médico residente	Adecuada inteligencia emocional percibida	Regular inteligencia emocional percibida	Mala inteligencia emocional percibida	Total
Medicina interna	3	9	0	12
Cirugía general	2	16	1	19
Pediatría	4	7	0	11
Ginecobstetricia	1	10	0	11
Medicina familiar	2	8	0	10
Total	12	50	1	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En cuanto a inteligencia emocional percibida (IEP) y grado de especialidad se encontró: IEP adecuada en 12: 5 cursando el 1er año, 2 el 2º, 3 el 3º y 2 el 4º; regular en 50: 7 cursando el 1er año, 15 el 2º, 17 el 3º y 11 el 4º; y mala en uno cursando el 2º año.

Cuadro 2.8

Inteligencia emocional percibida y grado de especialidad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Grado de especialidad del médico residente	Adecuada inteligencia emocional percibida	Regular inteligencia emocional percibida	Mala inteligencia emocional percibida	Total
Primer año	5	7	0	12
Segundo año	2	15	1	18
Tercer año	3	17	0	20
Cuarto año	2	11	0	13
Total	12	50	1	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

3.3. ESCALA DE SÍNDROME DE BURNOUT DE GIL MONTE Y PEIRO (SQT).

Se encontró una prevalencia de burnout en 11 (17.46%), un riesgo a desarrollarlo en 4 (6.34%), el resto de la población no lo presentó (48).

Cuadro 3

Prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Síndrome de burnout	Riesgo de desarrollar síndrome de burnout	Sin síndrome de burnout	Total
11	4	48	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de ilusión por el trabajo, se observó una desviación estándar de 0.90, con nivel bajo en 21 (33.3%), medio en 12 (19%) y alto en 30 (47.6%).

Cuadro 3.1

Ilusión por el trabajo en los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Ilusión por el trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	21	33.3%
Nivel medio	12	19%
Nivel alto	30	47.6%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de desgaste psíquico, se observó una desviación estándar de 0.92, con nivel bajo en 29 (46%), medio en 10 (15.9%) y alto en 24 (38.1%).

Cuadro 3.2

Desgaste psíquico en los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Desgaste psíquico	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	29	46%
Nivel medio	10	15.9%
Nivel alto	24	38.1%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de desencanto, se observó una desviación estándar de 0.89, con nivel bajo en 26 (41.3%), medio en 14 (22.2%) y alto en 23 (36.5%).

Cuadro 3.3

Desgaste psíquico en los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Desencanto	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	26	41.3%
Nivel medio	14	22.2%
Nivel alto	23	36.5%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En la variable de culpa, se observó una desviación estándar de 0.92, con nivel bajo en 26 (41.3%), medio en 11 (17.5%) y alto en 26 (41.3%).

Cuadro 3.4

Culpa en los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Culpa	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	26	41.3%
Nivel medio	11	17.5%
Nivel alto	26	41.3%
Total	63	100%

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En cuanto a síndrome de burnout y sexo, de los médicos que lo presentaron (11): 7 (63.6%) fueron femeninos y 4 (36.3%) masculinos; con riesgo de desarrollarlo (4), 2 (50%) femeninos y 2 (50%) masculinos, el resto de la población no lo presentó.

Cuadro 3.5

Síndrome de burnout y sexo de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Sexo del médico residente	Síndrome de burnout	Riesgo a síndrome de burnout	Sin síndrome de burnout	Total
Femenino	7	2	21	30
Masculino	4	2	27	33
Total	11	4	48	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En relación a síndrome de burnout y edad, de los médicos que lo presentaron (11), el rango fue de 25 a 33 años, con un promedio de 29 años y una moda de 29 y 30 años; con riesgo de desarrollarlo (4), el rango fue de 26 a 36 años, con un promedio de 31 años; el resto no lo presentó.

Cuadro 3.6

Síndrome de burnout y edad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Edad del médico residente	Síndrome de burnout	Riesgo a síndrome de burnout	Sin síndrome de burnout	Total
25 años	1	0	3	4
26 años	0	1	1	2
27 años	1	0	9	10
28 años	2	0	7	9
29 años	3	1	2	6
30 años	3	0	5	8
31 años	0	0	6	6
32 años	0	1	8	9
33 años	1	0	2	3
34 años	0	0	4	4
36 años	0	1	0	1
39 años	0	0	1	1
Total	11	4	48	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

Al respecto de síndrome de burnout y estado civil, de los médicos que lo presentaron (11), 7 fueron solteros y 4 casados; con riesgo de desarrollarlo (4), 3 solteros y uno casado; el resto no presentó burnout.

Cuadro 3.7

Síndrome de burnout y estado civil de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Estado civil del médico residente	Síndrome de burnout	Riesgo a síndrome de burnout	Sin síndrome de burnout	Total
Soltero	7	3	27	37

Casado	4	1	13	18
Unión libre	0	0	4	4
Divorciado	0	0	2	2
Separado	0	0	2	2
Total	11	4	48	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En relación a síndrome de burnout y tipo de especialidad, de los médicos que lo presentaron (11): 3 fueron internistas, 4 cirujanos generales, un pediatra, un ginecobstetra y 2 médicos familiares; con riesgo de desarrollarlo (4), 2 cirujanos generales y 2 médicos familiares; el resto no presentó burnout.

Cuadro 3.8

Síndrome de burnout y tipo de especialidad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Tipo de especialidad del médico residente	Síndrome de burnout	Riesgo a síndrome de burnout	Sin síndrome de burnout	Total
Medicina interna	3	0	9	12
Cirugía general	4	2	13	19
Pediatría	1	0	10	11
Ginecobstetricia	1	0	10	11
Medicina familiar	2	2	6	10
Total	11	4	48	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

En cuanto a síndrome de burnout y grado de especialidad, de los médicos que lo presentaron (11), 3 se encontraban en su 1er año, uno en el 2º, 2 en el 3º y 5 en el 4º; con riesgo de desarrollarlo (4), 2 en el 2º y 2 en el 3º; el resto no presentó burnout.

Cuadro 3.9

Síndrome de burnout y grado de especialidad de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

Grado de especialidad del médico residente	Síndrome de burnout	Riesgo a síndrome de burnout	Sin síndrome de burnout	Total
Primer año	3	0	9	12
Segundo año	1	2	15	18
Tercer año	2	2	16	20
Cuarto año	5	0	8	13
Total	11	4	48	63

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

3.4. ASOCIACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT.

Se realizó la prueba estadística correlación de Spearman entre las variables de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y los componentes de la escala de burnout (SQT) obteniendo las siguientes correlaciones significativas: percepción emocional negativamente con ilusión por el trabajo ($\rho = -0.304$, $P=0.01$) con una correlación baja; percepción emocional positivamente con desgaste psíquico ($\rho = 0.513$, $P=0.05$) con una correlación moderada; percepción emocional positivamente con desencanto

(rho 0.320, P=0.01) con una correlación baja; percepción emocional positivamente con culpa (rho 0.274, P=0.01) con una correlación baja; comprensión de sentimientos negativamente con desencanto (rho-0.293, P=0.01) con una correlación baja; y comprensión de sentimientos negativamente con culpa (rho -0.302, P=0.01) con una correlación baja.

Cuadro 4.1

Resultados de correlaciones de Spearman entre las variables de la escala de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y los componentes de la escala de burnout (SQT) de los médicos residentes encuestados de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE, febrero del 2008.

		Percepción emocional	Comprensión de sentimientos	Regulación emocional
Ilusión por el trabajo	Coefficiente de correlación	-0.304*	0.210	0.008
	Significancia (2-tailed)	0.016	0.099	0.952
	N (población)	63	63	63
Desgaste psíquico	Coefficiente de correlación	0.513**	-0.058	-0.030
	Significancia (2-tailed)	0.000	0.653	0.814
	N (población)	63	63	63
Desencanto	Coefficiente de correlación	0.320*	-0.293*	0.015
	Significancia (2-tailed)	0.011	0.020	0.909
	N (población)	63	63	63
Culpa	Coefficiente de correlación	0.274*	-0.302*	-0.023
	Significancia (2-tailed)	0.030	0.016	0.857
	N (población)	63	63	63

** Correlación significativa a niveles menores de 0.01 (2-tailed).

* Correlación significativa a niveles menores de 0.05 (2-tailed).

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

Además, se realizó la prueba estadística correlación de Spearman entre inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y el síndrome de burnout (SQT), sin obtener una correlación significativa.

Cuadro 4.2

Resultados de correlaciones de Spearman entre inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y el síndrome de burnout (SQT) de los médicos residentes encuestados

de las especialidades troncales del H. R. G. I. Z. y C. M. F. Oriente del ISSSTE,
febrero del 2008.

		Inteligencia emocional percibida
Síndrome de burnout	Coeficiente de correlación	0.082
	Significancia (2-tailed)	0.523
	N (población)	63

** Correlación significativa a niveles menores de 0.01 (2-tailed).

* Correlación significativa a niveles menores de 0.05 (2-tailed).

Fuente: Test de inteligencia emocional y su asociación con el síndrome de Burnout.

4. DISCUSIÓN.

En esta investigación se identificó que del total de médicos residentes de la población en estudio (n=63), había un proporción similar entre el sexo femenino (47.6%) y el masculino (52.4%) esto apoya la afirmación de que las mujeres se están integrando más a las actividades laborales y profesionales, por lo que hay más mujeres profesionistas. Con un promedio de edad de 29.71 años, con rango de 25 a 39 años, que coincide con el aceptable para la realización de especialidades médicas. Se observó un predominio de solteros (58.7%), sobre casados (28.6%) y en menor cantidad los otros estados civiles, tal vez por el hecho de que cursar una especialidad médica demanda de jornadas largas de trabajo, lo cual no permite llevar una relación estable con una pareja. Los cirujanos generales prevalecieron (30%), seguidos de los internistas (19%), pediatras (17.5%), ginecobstetras (17.5%) y en menor cantidad los médicos familiares (15.9%). En promedio se encontraban cursando el 2.54 grado de su especialidad.

En relación a inteligencia emocional percibida, se encontró que la mayoría presenta una inteligencia emocional percibida regular (79.3%), seguida de un nivel adecuado (19.04%) y sólo el 1.5% presentó un nivel malo. Se reconoció una prevalencia de síndrome de burnout en el 17.46% y un riesgo a desarrollarlo del 6.34%, con una prevalencia total de este padecimiento del 23.8% similar a la reportada en la bibliografía que se encuentra entre el 30 a 60% de la población estudiada.

La literatura refiere que ambos géneros están expuestos a desarrollar síndrome de burnout, sin embargo, en el presente estudio se encontró una mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación con el masculino, tal vez por la “doble jornada laboral” que se desempeña la mujer, a nivel profesional y en el hogar, que la expone a mayor estrés al cumplir o tratar de cumplir, con las tareas laborales (en la residencia médica: de índole académico, guardias, trabajos, etc.) y familiares (cuidado de la casa, del esposo y de los hijos); a pesar de esto, presentaron niveles de inteligencia emocional adecuados, ya que culturalmente se les permite desarrollar y manifestar mejor sus estados emocionales desde la infancia a diferencia de los hombres.

El promedio de edad de los médicos con síndrome de burnout fue de 29 años, se sabe que entre más joven se es, la tensión laboral es mayor debido a la inexperiencia, a una edad más avanzada se modera el estrés por los años de práctica médica que se van obteniendo. En contraste, se encontró que el promedio de inteligencia emocional percibida adecuada de los médicos estudiados también fue de 29 años, sin embargo, este resultado no se puede generalizar ya que el desarrollo de una inteligencia emocional adecuada se puede presentar a cualquier edad.

Se encontró mayor síndrome de burnout en solteros, que en casados, compatible con otros estudios, donde se considera que el no tener una pareja estable es un factor de riesgo, ya que no se cuenta con el apoyo de una pareja con la cual hablar sobre las situaciones del trabajo. A pesar de esto, los solteros presentaron niveles de inteligencia emocional percibida adecuados, sin embargo, este dato tampoco se puede generalizar, ya que es explicado por el mayor porcentaje de solteros de la población estudiada.

Los cirujanos generales e internistas presentaron mayor prevalencia de síndrome de burnout, que las otras especialidades médicas, tal vez causado por una elevada demanda laboral, ya que se sabe que estas especialidades son en general de las más saturadas por el grupo de pacientes que atienden, exceso de responsabilidad,

exigencias de los pacientes, de los médicos adscritos y de compañeros residentes de grados superiores, situaciones de urgencia, burocracia mecánica, enfrentamiento a situaciones desconocidas, etc; además presentaron niveles bajos de inteligencia emocional percibida, en comparación con los pediatras quienes tuvieron un nivel adecuado de inteligencia emocional percibida en general, con una prevalencia de burnout baja. Cabe resaltar que además el 20% de los médicos familiares estudiados se encuentran en riesgo de desarrollar síndrome de burnout, tal vez causado por las mismas razones que anteriormente se describieron para los médicos cirujanos e internistas, además de encontrarse en una especialidad generalista vista por los demás especialistas como de menor importancia, por su tendencia a incluir conocimientos “básicos” de todas las especialidades sin llegar a su profundidad, con conflictos y ambigüedades de roles debido a la rotación por diferentes servicios, incluyendo el de las especialidades troncales, sin llegar a manejar en su totalidad todos sus conocimientos.

El último año de especialización fue el más afectado por burnout, tal vez por la incertidumbre de saber si habrá un espacio para ellos en el difícil mercado laboral, al que se van enfrentar al terminar su curso, además presentaron niveles regulares de inteligencia emocional percibida, comparado con los médicos que se encontraban en el 1er año, los cuales tuvieron un nivel adecuado de inteligencia emocional percibida.

El presente estudio, reveló que a mayor percepción emocional menor ilusión por el trabajo, pero mayor desgaste psíquico, desencanto y culpa, con una correlación de baja a moderada pero significativa; por lo que es necesario presentar un equilibrio en la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada, ya que presentar demasiada atención a éstas también nocivo. Además se observó, que ha mayor comprensión de sentimientos menor desencanto y culpa, con una correlación baja pero significativa; por lo que es importante desarrollar una comprensión adecuada de los propios estados emocionales con el fin de moderar la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo en el trabajo, así como la aparición de sentimientos de culpa hacia éstas actitudes y comportamientos negativos.

Sin embargo, estadísticamente no se encontró una correlación significativa entre inteligencia emocional percibida y síndrome de burnout, rechazando la hipótesis nula; además, cabe mencionar que el 36.3% de los médicos con síndrome de burnout, presentaron inteligencia emocional percibida adecuada, lo que significa que, el desarrollar un nivel de inteligencia emocional adecuado es benéfico como factor protector para el desarrollo de dicho síndrome, sin embargo, no es determinante para que éste no se presente, ya que no sólo las variables personales están implicadas en el desarrollo del mismo, sino también las de tipo organizacional como el clima laboral, el grado de autonomía, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad, entre otros. Encontrándose en este porcentaje de médicos variables en común, como: carga laboral excesiva por ser los únicos médicos a cargo del servicio de urgencias de sus respectivas especialidades; exceso de responsabilidad ya que en la mayoría de las ocasiones durante sus guardias, no cuentan con el apoyo de médicos adscritos, ni de compañeros de grados superiores; situaciones de urgencia; incompetencia para cubrir adecuadamente las obligaciones académicas por falta de tiempo y en ocasiones por falta de estímulos ya que muchas veces los médicos adscritos no se presentan a las sesiones académicas ni a los pases de visita, además del exceso de consulta y falta de reconocimiento laboral a estas actividades.

4.1. APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR

El perfil del médico familiar se enfoca en la atención sanitaria del individuo, la familia y su comunidad, además de realizar actividades docentes o de investigación, una parte muy importante es la de realizar prevención y anticipación de riesgo.

El médico familiar es un orientador y un previsor de la población, en sus tres enfoques biopsicosocial, pero si no interroga el aspecto emocional, va a desconocer que prevención y orientación le puede brindar a su paciente.

El médico de familia es el primer contacto que tiene un paciente, es fundamental para todas las áreas médicas restantes y es la clave en la acción anticipatorio al riesgo.

Por lo que es necesario, aprovechar cada consulta para realizar prevención, y un aspecto importante lo constituye la esfera emocional, ya que explorar sobre este tipo de alteraciones, no lleva más de cinco minutos utilizando el instrumento que se propone en este trabajo, ya sea en una forma verbal o escrita; además no hay que olvidar que también los médicos como cualquier ser humano somos susceptibles de enfermedades, incluyendo las del área emocional.

El médico familiar debe contar con la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular adecuadamente las emociones propias, las de su equipo de trabajo y principalmente la de sus pacientes, la cual permitirá desarrollar una mejor relación médico-paciente, que se refleje en una mejor atención clínica continua e integral, básica en el desempeño del médico de familia.

5. CONCLUSIONES.

Se concluye que no hay una correlación significativa entre inteligencia emocional y el síndrome de burnout en los médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" y la Clínica de Medicina Familiar "Oriente" del ISSSTE.

Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos en la población estudiada, se observa que el presentar un nivel adecuado de inteligencia emocional percibida constituye un factor protector para el desarrollo de dicho síndrome, pero no es determinante para que éste no se presente; ya que no sólo las variables personales están implicadas en el desarrollo del mismo, sino también las de tipo organizacional de las diferentes instituciones de salud.

Se encontró IEP adecuada en el 19.04% de los médicos residentes estudiados, principalmente en médicos del sexo femenino, con un promedio de 29 años de edad, solteros, pediatras, en su primer año de especialización.

La prevalencia de burnout fue del 23.8%, siendo los más afectados, médicos del sexo femenino, con un promedio de 29 años de edad, solteros, cirujanos generales, en su último año de especialización

COMENTARIO.

El síndrome de burnout se presenta como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, su desarrollo representa un factor negativo para mantener una adecuada relación médico-paciente, por lo que es de gran importancia desarrollar recursos que ayuden a afrontar el estrés al que se está expuesto. El presente estudio evidenció que el contar con una inteligencia emocional percibida adecuada constituye un factor protector para su desarrollo, sin embargo existen otras variables ajenas al propio individuo, las de tipo organizacional que representan una significativa causa de estrés y que intervienen de forma importante en el desarrollo de dicho síndrome. Estas variables organizacionales también deben de ser estudiadas y tratadas adecuadamente, si se quiere lograr que el profesional de la salud trabaje en un ambiente laboral que favorezca su deseo de alcanzar sus metas laborales como parte de su realización personal, que ahuyente la aparición de agotamiento emocional y físico, de actitudes negativas de indiferencia y cinismo, así como de sentimientos de culpa por las mismas; y que por lo tanto, garantice el progreso de una adecuada relación médico-paciente, para beneficio de ambos.

Este trabajo propone la implementación de una intervención psicológica integral a nivel institucional y educativo, que influya en el desarrollo de un nivel de inteligencia emocional adecuado, además de atender las causas estresoras en el ambiente organizacional, en el que se desenvuelve el individuo, que repercutan en la disminución de la presentación del síndrome de burnout en médicos residentes, ya que constituyen un grupo importante de profesionales de salud que atiende a la población en las diferentes instituciones de nuestro país.

Además, sugiero que se continúe con esta línea de investigación, incrementado el tamaño de la muestra y su estudio en otras instituciones de salud que cuenten con médicos residentes, tomando en cuenta factores de tipo organizacional en espacio laboral.

6. REFERENCIAS.

1. Soberon G, Kumate J, Laguna J. La salud en México: testimonios 1988. Especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Fondo de Cultura Económica 1989.
2. Goleman, D. La inteligencia emocional. Edit. Vergara. 2005. 1-397.
3. Cortés, SJ, Barragán VC, Vázquez CM. Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. Salud Mental Mex. 2002. 25 (5). 50-60.
4. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? Emotional Development and Emotional intelligence: Implications for Educators. New York: Basic Books. 1997. 3-31.
5. Goleman D. Working with emocional intelligence. New York: Bantam. 1998.
6. Gardner H. Frames of Mind. Universidad de Harvard. 1983.
7. Collado B, Salanova M. Las creencias de autoeficacia. Aplicación en la prevención de riesgos laborales. Archivos Españoles de la facultad de psicología. 2005.
8. Extremera P, Fernández B. La inteligencia emocional: métodos de evaluación en el aula. Revista Iberoamericana de Educación. 2003. 1-11.
9. Fernández B, Alcalde R, Domínguez E, Fernández-McNally C, Ramos N, Ravira M. Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al: datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga. 1998.
10. Schutte N, Malouff J, Hall L, Haggerty D, Cooper J, Golden C, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. Personality and individual Differences. 1998. 25. 167-177.
11. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. Intelligence. 1999. 27. 267-298.
12. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT) Item Booklet. Toronto, Canada: MHS Publishers. 2002.
13. Gil-Monte, PR. Una nota sobre el concepto de "burnout", sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. Información Psicológica. 1991, 46, 4-7.
14. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto California: Consulting Psychology Press. 1986
15. Ortega R, López R. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology. 2004, 4, 137-160.
16. Gil-Monte, PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): desarrollo y estrategias de intervención. 2006, 4, 441-447.
17. Parkes, K.R. Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. Estrés laboral y salud. 1998, 79-109.

18. De la Fuente, EI, García, J, Ortega, AR y De la Fuente, I. Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios. Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén. 1994. 3. 93-104.
19. Tello, S, Tolmos, MT, Vállez, R, Vázquez, ME. Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos. 2002.
20. Atance, JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. 1997. 71. 293-303.
21. Torrado, V, Fernández-Ríos, L, Martínez, MC. Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos clínicos y psiquiatras. Clínica y Salud. 1996. 2. 163-180.
22. Aluja, A. Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. Boletín de Psicología. 1997. 55. 47-61.
23. Gil-Monte, PR, Peiró, J. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. 1997.
24. Folkman, S, Lazarus, RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a collage examination. Journal of Personality and Social Psychology. 1985. 1. 150-170.
25. Yela, JR. Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. Boletín de Psicología. 1996. 50. 37-52.
26. González-Roma, V, Ripol, P, Caballer, A, Ferreres, A, Gil, P, Peiró, JM. Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout. Un estudio multimuestra. Ansiedad y Estrés. 1998. 1. 81-95.
27. Gil-Monte, PR, Peiró, J. A study on significant sources of the "burnout syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. Psychology in Spain. 1998. 1. 116-123.
28. Gil-Monte, PR. Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. Revista de Psicología Social Aplicada. 2001. 1. 21-31.
29. Gil-Monte, PR, Peiró, J. Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1996. 1. 67-80.
30. Guerrero, E, Vicente F. Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura. 2001.
31. Gil-Monte, PR, Peiró, J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. 1999. 2. 261-268.
32. Barnett, R, Brennan, RT, Garies, K. A closer look at the measurement of burnout. Journal of Applied Biobehavioral Research. 1999. 4. 65-78.

33. Guerrero, E. Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento de estrés laboral y el síndrome del "quemado". *Revista Iberoamericana de Educación*. 2001. 1. 1-19.
34. Mingote, JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Medica Continua*. 1998. 8. 493-508.
35. O'Brien, G. El estrés laboral como factor determinante de la salud. *Estrés laboral y salud*. 1998. 61-77.
36. Arranz, P, Barbero, J, Barreto, P, Bayés R. Soporte emocional desde le equipo interdisciplinario. *Medicina del dolor*. 1997. 389-396.
37. Maslach, C, Schaufeli, WB, Leiter, M. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. 59. 379-422.
38. Extremera N, Fernández B, Duran A. Inteligencia Emocional y Burnout en profesores. *Revista Encuentros en psicología social*. 2003. 1. 260-265.
39. Extremera N, Duran A, Rey L. La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el engagement en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Revista Ansiedad y Estrés*. 2005. 11 (1). 63-73.
40. Hernández CI, Dickinson ME, Fernández MA. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev Fac Med UNAM*. 2008. 51 (1). 11-14.