



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

# **TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

## **“Burnout e inteligencia emocional de los profesionales del programa de atención y prevención al maltrato infantil”**

ALUMNA: Olmos, Nadya.  
DIRECTOR: Lic. Arturo Piracés.  
Mendoza, Junio 2018

# HOJA DE EVALUACIÓN

**Tribunal examinador:**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Profesor invitado: Lic. Arturo Piracés**

**Nota:**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios, por permitirme estudiar lo que me apasiona y acompañarme de manera incondicional en cada paso de mi vida.

A mis padres y hermano, quienes me brindaron su apoyo y contención y me ayudaron a hacer realidad mi sueño.

A la directora de la carrera, Lic Andrea Agrelo, quien este último tiempo de tanta tensión y ansiedad por finalizar mis estudios, me brindo su escucha y asesoramiento.

Al Lic. Arturo Piracés, director de esta investigación, por su predisposición a acompañarme y guiarme desinteresadamente en este trabajo.

A mis hermanos en la FE, que estuvieron presentes mediante sus oraciones.

A la Universidad del Aconcagua y en particular a la Facultad de Psicología, por brindarme el espacio y los profesores, de gran trayectoria en el ámbito de la Psicología, quienes fueron pieza fundamental de mi formación académica.

A mis compañeras y amigas, con quienes comparto esta pasión.

A todas aquellas personas que forman parte del P.P.M.I. del centro de salud N° 168 de Godoy Cruz, quienes me aportaron innumerables conocimientos, me formaron y, lo más importante, me brindaron su amistad a través de mi paso por dicha institución.

## **INDICE**

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Título-----             | 2  |
| Hoja de evaluación----- | 3  |
| Agradecimientos-----    | 4  |
| Índice-----             | 5  |
| Resumen-----            | 9  |
| Introducción-----       | 12 |

### **PARTE I: MARCO TEÓRICO**

#### **CAPÍTULO I: SÍNDROME DE BURNOUT**

|  |    |
|--|----|
| 1.1 Introducción-----                      | 15 |
| 1.2 Concepto de Burnout-----               | 17 |
| 1.3 Diferencias con otros conceptos-----   | 21 |
| 1.4 Síntomas del Burnout-----              | 22 |
| 1.5 Factores desencadenantes-----          | 24 |
| 1.6 Factores protectores-----              | 26 |
| 1.7 Factores de riesgo-----                | 26 |
| 1.8 Evolución del Síndrome de Burnout----- | 29 |
| 1.9 Consecuencias del Burnout-----         | 32 |

## CAPITULO II: INTELIGENCIA EMOCIONAL

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 2.1     | Introducción-----   | 36 |
| 2.2     | Origen y alcance de la Inteligencia Emocional-----              | 36 |
| 2.3     | Desarrollo de la Inteligencia Emocional: Distintos modelos----- | 38 |
| 2.3.1   | Modelo de Inteligencia Emocional como Rasgos o Mixtos-----      | 38 |
| 2.3.1.A | Modelo de Inteligencia Emocional- Social de Reuven BarOn-----   | 38 |
| 2.3.1.B | Modelo de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman-----         | 40 |
| 2.3.2   | Modelo de Inteligencia Emocional como Habilidad Cognitiva-----  | 42 |
| 2.3.2.A | Percepción, valoración y expresión de la emoción-----           | 44 |
| 2.3.2.B | Facilitación emocional al pensamiento-----                      | 45 |
| 2.3.2.C | Comprender y analizar las emociones-----                        | 46 |
| 2.3.2.D | Regulación reflexiva de las emociones-----                      | 47 |
| 2.4     | Aplicaciones y líneas actuales de investigación-----            | 49 |
| 2.4.1   | Inteligencia Emocional y salud-----                             | 49 |
| 2.4.2   | Inteligencia Emocional y educación-----                         | 50 |
| 2.4.3   | Inteligencia Emocional y trabajo-----                           | 52 |
| 2.4.4   | Inteligencia Emocional y Burnout-----                           | 53 |

## CAPITULO III: MALTRATO INFANTIL

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.1   | ¿Qué es el Maltrato Infantil?-----                                     | 37 |
| 3.2   | Tipos de Maltrato Infanto-Juvenil-----                                 | 58 |
| 3.2.1 | Maltrato Físico-----   | 59 |
| 3.2.2 | Maltrato Psicológico-----  | 61 |
| 3.2.3 | Maltrato Negligente-----   | 63 |
| 3.2.4 | Abuso Sexual-----  | 66 |
| 3.2.5 | Munchausen By Proxy-----   | 68 |
| 3.3   | Programa Provincial de Prevención y Atención al Maltrato Infantil----- | 69 |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 3.3.1 Creación y Objetivos-----  | 69 |
| 3.3.2 Estructura-----            | 72 |
| 3.3.3 Marco Legal-----           | 74 |
| 3.3.4 Circuito de Actuación----- | 75 |

**PARTE II: MARCO METODOLÓGICO**

**CAPITULO I: MÉTODO Y PROCEDIMIENTO**

|   |    |
|---|----|
| 1 Introducción-----                           | 81 |
| 2 Objetivos-----                              | 81 |
| 2.1 Objetivo General-----                     | 81 |
| 2.2 Objetivos Específicos-----                | 81 |
| 3 Método-----                                 | 82 |
| 3.1 Enfoque-----                              | 82 |
| 3.2 Tipo de estudio-----                      | 82 |
| 3.3 Diseño-----                               | 82 |
| 3.4 Selección de la muestra-----              | 83 |
| 4 Instrumentos-----                           | 83 |
| 4.1 Escala Socio demográfica-----             | 83 |
| 4.2 Inventario de Burnout-----                | 83 |
| 4.3 Inventario de Inteligencia Emocional----- | 85 |
| 5 Procedimiento-----                          | 86 |
| 6 Análisis de datos-----                      | 87 |

**CAPITULO II: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

|                     |    |
|---------------------|----|
| 1 introducción----- | 89 |
|---------------------|----|

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 2   | Presentación de Resultados-----                       | 89  |
| 2.1 | Características personales de la muestra-----         | 89  |
| 2.2 | Descripción de las variables de Burnout-----          | 94  |
| 2.3 | Descripción del Índice de Inteligencia Emocional----- | 95  |
| 3   | Discusión de resultados-----                          | 97  |
| 4   | Conclusiones y propuestas-----                        | 105 |

**TERCERA PARTE: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS**

|     |                                     |     |
|-----|-------------------------------------|-----|
| 1   | Bibliografía-----                   | 111 |
| 2   | Anexos-----                         | 114 |
| 2.1 | Consentimiento Informado-----       | 114 |
| 2.2 | Cuestionario Socio demográfico----- | 115 |



## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo evaluar y describir las dimensiones del Síndrome de Burnout y conocer el índice de Inteligencia Emocional de los profesionales del Programa de Atención y Prevención del Maltrato Infantil en Mendoza (PPMI).

Desde un enfoque cuantitativo, el diseño de la investigación es no experimental, transversal y descriptivo. La muestra es no probabilística, y está compuesta por 30 profesionales del PPMI, cuya labor se centra en el diagnóstico, tratamiento de niños/as y adolescentes víctimas de algún tipo de maltrato y orientación y seguimientos al grupo familiar que los acompaña. A dicha muestra se les administraron tres cuestionarios: uno sociodemográfico, diseñado para esta investigación a fin de complementar la información aportada por el resto, luego el Inventario de Burnout (adaptación Hein) que permite evaluar los sentimientos y pensamientos asociados a su interacción con el trabajo y por último el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn para conocer el índice de inteligencia emocional.

Como resultado se obtuvo que, de los 30 profesionales que participaron de la investigación, solo 4 de ellos presentaron puntuaciones elevadas en cansancio emocional y despersonalización y baja puntuación en realización personal, lo que sería indicativo de padecimiento del Síndrome. En cuanto al índice de Inteligencia Emocional, sus puntuaciones fueron altas, lo que da cuenta de un buen desarrollo de habilidades, competencias y aptitudes concernientes a las emociones. La Inteligencia Emocional en éstos profesionales sería un factor protector, un recurso utilizado para prevenir el desgaste

que podría ocasionar la atención a una temática compleja y de gran impacto emocional como es el maltrato.

Palabras claves: Burnout- Inteligencia Emocional- Maltrato Infantil- Profesionales de la salud.

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to evaluate and describe the dimensions of the Burnout Syndrome and to know the Emotional Intelligence index of the professionals of the Program of Attention and Prevention of Child Mistreatment in Mendoza.

From a quantitative approach, the design of the research is non-experimental, transversal and descriptive. The sample is non-probabilistic, and is composed of 30 professionals of the PPMI, whose work focuses on the diagnosis, treatment of children and adolescents victims of some type of abuse and guidance and follow-ups to the family group that accompanies them. Three questionnaires were administered to this sample: a sociodemographic one, designed for this research in order to complement the information provided by the rest, then the Burnout Inventory (Hein adaptation) that allows to evaluate the feelings and thoughts associated with their interaction with work. and finally the BarOn Emotional Intelligence Inventory to know the emotional intelligence index.

As a result, it was obtained that of the 30 professionals who participated in the research, only 4 of them had high scores in emotional fatigue and depersonalization and low personal performance score, which would be indicative of the Syndrome's condition. As for the Emotional Intelligence index, their scores were high, which accounts for a good development of skills, competences and aptitudes concerning emotions. The Emotional Intelligence in these professionals would be a protective factor, a resource used to prevent the wear and tear that could be caused by the attention to a complex issue with great emotional impact such as abuse.

Keywords: Burnout- Emotional Intelligence- Child Abuse- Health professionals.

## **INTRODUCCIÓN**

Durante una extensión de Práctica Profesional que se llevó a cabo en el Programa Provincial de Prevención y Atención al Maltrato Infantil, se pudo conocer la dinámica de trabajo y mantener contacto con los profesionales que componen sus equipos de salud. En el plazo de la práctica, se rotó por 3 efectores, los cuales estaban constituidos por profesionales de la salud de diversas disciplinas: Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales, entre otros; todos ellos conformando un equipo de trabajo bajo la modalidad interdisciplinaria. Estos equipos tienen como función evaluar y diagnosticar situaciones de maltrato infante juvenil, y en caso de ser necesario brindar el tratamiento, al mismo tiempo orientar y realizar seguimiento al grupo familiar que acompaña a estos niños/as o adolescente. Por la complejidad de la temática, se hace necesaria la intervención y articulación con los diferentes organismos e instituciones que tienen incumbencias en niñez, adolescencia y familia, bajo el marco de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

En el paso por estos efectores, se tomó conocimiento de diversas quejas que compartían los profesionales, en cuanto a las condiciones laborales, estado de ánimo y valoración de su profesión dentro de esta Institución.

Investigando acerca de ello, observamos que varios síntomas eran comunes con el Síndrome de Burnout, en castellano “estar quemado”; en su definición se puntualiza que las profesiones más vulnerables a padecer este síndrome son las de ayuda o asistenciales, cuyas tareas se circunscriben al servicio de las personas. Esto se debe a que en las

mismas se da un enfrentamiento continuo con emociones intensas de dolor o enfermedad y/o sufrimiento emocional.

Los síntomas se caracterizan por sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales, actitudes negativas, cínicas y distintas hacia otras personas (compañeros de trabajos o usuarios de servicios) y falta de realización personal en el ámbito laboral.

Por lo tanto, se entiende al Burnout, como respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas a las que se le brinda el servicio y hacia el propio rol profesional, acompañado de la vivencia de estar emocionalmente agotado.

El Burnout es una situación cada vez más frecuente en los trabajadores de la salud, quienes después de meses o años acaban quemándose si la situación les ha sobrepasado. La presencia del síndrome de Burnout puede tener resultados muy negativos, tanto para el sujeto que lo padece, como para la institución en la que desempeña su rol profesional. Para el sujeto, puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicósomáticas o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la organización, puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto, que trae como consecuencia un deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas e inclusive, el abandono del puesto de trabajo.

El estudio del Síndrome de Burnout se ha incrementado notablemente en las dos últimas décadas, no solo por el impacto en la salud de aquellos trabajadores que lo padecen sino también en la calidad de la atención que se le brinda a la población beneficiaria de los servicios de salud.

Diversos estudios describen a los equipos que trabajan en contacto con la temática de maltrato o violencia como un grupo de alto riesgo a padecer Burnout, debido a las diferentes y fuertes presiones que este trabajo implica, propias de las familias consultantes, traumatizadas y estresadas.

Muchos de los aspectos situacionales relacionados con el desempeño de la labor sanitaria son difíciles de modificar, pero investigaciones han hallado que la Inteligencia

Emocional podría jugar un papel clave a la hora de facilitar las estrategias de afrontamiento eficaces para hacer frente a la situación estresante.

Ante la evidencia de que la actividad de estos profesionales puede llevar al agotamiento tanto físico como emocional, el manejo eficaz de las propias respuestas emocionales puede constituir una dimensión importante que ayude a valorar y superar su propio estrés laboral y le permita tomar las medidas o estrategias oportunas para aminorar su impacto.

Los profesionales de la salud, al trabajar con personas, ponen en juego más aspectos personales de los que generalmente se piensa, sobre todo a escala emocional, puesto que en muchas ocasiones no se puede evitar que el profesional quede afectado por las diferentes situaciones que presentan y/o expresan los pacientes. El fomento del desarrollo emocional del profesional sanitario no sólo debe favorecerse en el ámbito personal, sino también laboral, organizacional y de grupos.

Se ha investigado este concepto y su relación con el Burnout y estrés, y se evidenció que altos niveles de IE se relaciona con menores niveles de agotamiento, cinismo, mayor eficacia académica y menos percepción de estrés, (España, 2006)

Por todo esto, la presente investigación considera pertinente evaluar el riesgo de Burnout y el índice de Inteligencia Emocional de los profesionales de la salud del PPMI, dado que consideramos que trabajar profesionalmente en maltrato infantil, implica asumir múltiples impactos, entre ellos emocional.

El valor de la investigación reside en brindar a los directivos del PPMI los resultados hallados y sensibilizar sobre la importancia del cuidado emocional y laboral de los trabajadores de la salud y con ello garantizar buen rendimiento profesional.

# PRIMERA PARTE:

# Marco Teórico.

# Capítulo 1:

# Burnout



## **1.1 Introducción al capítulo de Síndrome de Burnout**

En este capítulo se trata de definir qué se entiende por Síndrome de Burnout. Si bien se lo asocia directamente con personas que tienen por objeto de trabajo a otras personas, es decir a labores asistenciales, las investigaciones muestran que la aparición del mismo no es privativo del grupo.

A través de los puntos que se abordarán en el presente capítulo se intentará luego comprender si el trabajo con la temática de maltrato infantil es predisponente a la aparición del Síndrome de Burnout. Dada las características y particularidades del Síndrome de Burnout y el impacto que su aparición desencadena en el psiquismo y en los diferentes ámbitos de la vida del sujeto es que se procede a su desarrollo.

## **1.2 Concepto de Burnout**

El término "Burnout" procede del inglés y se traduce en castellano por "estar quemado".

Este concepto fue descrito durante la década de los setenta en los trabajos del psiquiatra Herbert Freudenberguer, quien observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, al cabo de un año aproximadamente, sufrían de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con sus pacientes. (Alcantud, 2003.) A esto, Herbert lo definió como "una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que

resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador".

En las mismas fechas (1974), la psicóloga social Cristina Maslach utilizó el término "Burnout", proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. Determinó que los afectados sufrían "sobrecarga emocional" o síndrome de "Burnout", y lo definió como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas".

Para la profesora Maslach el Burnout es una enfermedad laboral emergente, que con frecuencia se entiende que es exclusiva de profesionales de ayuda o de servicios, quizás porque al contemplar la literatura sobre este fenómeno, se comprueba que la mayoría de los estudios realizados han empleado muestras de profesionales de la educación y de la salud.

En 1988, Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales".

El Burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios, produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas (Leiter y Maslach, 1988).

En la actualidad, Maslach define al Burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

En el año 2001 Maslach describe los síntomas dominantes de esta respuesta ante los estresores en el ámbito laboral, los cuales se caracterizan por la presencia de:

- Agotamiento emocional es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales.

- Despersonalización implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos demasiado distantes hacia otras personas.
- Falta de realización personal en el trabajo se refiere a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas (Maslach y Jackson, 1981b; Maslach et al., 2001).

Se acompaña de trastornos físicos, conductuales y problemas en relaciones interpersonales. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia con elementos laborales y organizacionales como la presencia de fuerte tensión en el trabajo e insatisfacción laboral (Maslach, 2001).

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones del Tercer Sector; y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces.

Si bien dicho síndrome está siendo muy investigado, es muy poco lo que se conoce del padecimiento del mismo en profesionales de la salud mental. Dentro de dicha categoría de profesionales, el ejercicio de la psicología se la considera una fuente de riesgos psicosociales; ya que es una ocupación donde el profesional mantiene una relación muy próxima con las personas a las que debe atender. Esta relación tan estrecha a menudo supone la implicación en problemas emocionales que muchas veces llegan a repercutir en su propia vida personal. A esto se suman los conflictos entre los intereses de la organización (escuela, familia, empresa o institución) y las personas objeto de su trabajo, lo que suele suponer dilemas personales que sobrecargan y desgastan al psicólogo. (Benevides Pereira, Moreno-Jiménez, Garrosa Hernandez, Gonzalez Gutiérrez, 2002)

El Burnout ha sido estudiado en diversos espacios de educación (Azeem & Nazir, 2008; Otero-López, Mariño, & Bolaño, 2008), pero en menor magnitud en el ámbito universitario. Si bien se ha encontrado que los docentes pueden disponer de mayor flexibilidad para

organizar sus diferentes tareas, estas actividades demandan esfuerzos ante los cuales no precisamente disponen de recursos (Moreno, Rodríguez & Escobar, 2001; Quaas, 2006).

Un estudio de Arquero, Donoso, Hassall y Joyce (2006) evaluó a 35 docentes universitarios jóvenes y encontró que un 34 % presenta altos valores en agotamiento emocional, un 43 % en despersonalización y un 46 % con baja realización personal. Se ha observado que debido a la sobrecarga y condiciones de trabajo, el docente universitario se ve expuesto a efectos en la salud mental, ya que pueden experimentar cansancio, fatiga física, que pueden promover un desarrollo gradual de Burnout (Caruso, Giammanco, & Gitto, 2014). En términos generales, los problemas de salud se identifican como un factor directo asociado al Burnout (Maslash, 2001; Schaufeli & Baker, 2004).

En una investigación realizada en el año 2014, donde se estudiaron los niveles de Burnout en profesionales sanitarios, se obtuvieron cifras preocupantes de prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de enfermería, más altas que la estimada para el resto de profesionales sanitarios. A partir de los resultados obtenidos, los profesionales que constituyen un grupo de riesgo y, por tanto, susceptibles de desarrollar el síndrome de burnout serían enfermeros con edades que se sitúan entre los 38 y 45 años, teniendo en cuenta este rango etario, los mismos presentan mayores niveles en la subescala cansancio emocional (Cañadas de la Fuente, San Luis, Lozano, Vargas, García, 2014). En cuanto a las funciones que cada profesión desarrolla, se evidenció que el personal de enfermería está cansado emocionalmente por factores como el tipo de turno, la sobrecarga de trabajo y el contacto continuado con el paciente (GandoyCrego, Clemente, Mayán-Santos y Espinosa, 2009; Lin et al., 2009; Pereda-Torales, Celedonio, Vásquez y Yáñez Zamora, 2009) y por otra, los médicos, por la responsabilidad y la sobrecarga de trabajo, dándose esto, incluso desde su período de formación como residentes (Msaouel, Keramaris, Tasoulis, Kolokythas, Syrmos, Pararas, et al., 2010; PeredaTorales et al., 2009).

### **1.3 Discriminación con otros constructos.**

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

Si bien, dicho síndrome comparte algunos síntomas con otras entidades psicológicas, es posible establecer una diferencia entre los mismos.

- **Estrés general:** estrés general y Síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.
- **Fatiga física:** para diferenciarla del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.
- **Depresión:** se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984). Aunque por otro lado, encontramos que Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout. Algunos autores sugieren que los síntomas depresivos pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003). Apoyando la idea de éste último, Hättinen y cols. (2004) concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del Burnout (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998).

- Tedio o aburrimiento. Faber (1983) y Pines et al. (1981) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

En lo que aquí nos interesa, para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal), su relación con variables antecedentes- consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (Cansancio Emocional y Despersonalización), cognitivas (Falta de realización personal) y actitudinales (Despersonalización) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997).

#### **1.4 Síntomas.**

Cuando se dice que una persona padece de Burnout, por lo general, tanto dentro del ambiente de empresa como a nivel del público ordinario se entiende que esta sufre de fatiga o está cansada; sin embargo, dicha comprensión tiende a hacerse en el lenguaje común, por lo que no se dimensiona el serio problema que se presenta.

En realidad, el padecimiento de burnout es más que el cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso, y envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social y también en relación con la empresa, lo que le da su connotación de síndrome.

Según Maslach (2001) el padecimiento de Burnout implica un proceso continuo, que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados.

a) Síntomas Físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.

b) Síntomas Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamientos de alto riesgo (en donde se expone la propia salud), rotación.

c) Síntomas Cognitivos Afectivos: toda situación de estrés laboral prolongada en el tiempo, produce a medio y largo plazo un deterioro cognitivo, lo que puede provocar pérdidas de memoria, falta de concentración y mayor dificultad para aprender tareas o habilidades nuevas. En lo afectivo se puede observar, distanciamiento, irritabilidad, recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención. Es probable que el trabajador se encuentre irritable y de mal humor. En muchas ocasiones los buenos modales desaparecen y se generan conflictos innecesarios con clientes y usuarios, provocando distanciamiento en las relaciones interpersonales. Se pierde la motivación, se pierde la ilusión por trabajar, los objetivos y metas dejan paso a la desilusión.

d) En el ambiente laboral los signos de aparición de desgaste profesional son: falta de energía y entusiasmo; descenso del interés por los usuarios, percepción de éstos como frustrante, crónico y desmotivados; alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación, disminución en la calidad o productividad del trabajo, actitud negativa hacia las personas a las que se le brinda el servicio, bajo umbral para soportar la presión y conflictos.

Falta de energía y menor rendimiento: el organismo gestiona de modo deficiente los recursos de que dispone, su capacidad de producción disminuye y el rendimiento por tanto baja.

|                    |                   |                                   |                 |
|--------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------|
| <b>EMOCIONALES</b> | <b>COGNITIVOS</b> | <b>CONDUCTUALES<br/>LABORALES</b> | <b>SOCIALES</b> |
|--------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------|

|                       |                              |                                |                              |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| ✓ Depresión           | ✓ Pérdida de significados    | ✓ Evitación de responsabilidad | ✓ Conflictos interpersonales |
| ✓ Indefensión         | ✓ Pérdida de valores         | ✓ Absentismo                   | ✓ Evitación de contacto      |
| ✓ Desesperanza        | ✓ Falta de expectativas      | ✓ Desorganización              | ✓ Aislamiento                |
| ✓ Irritación          | ✓ Autoconcepto distorcionado | ✓ Conductas desadaptativas     |                              |
| ✓ Apatía              | ✓ Desorientación cognitiva   | ✓ Evitación de decisiones      |                              |
| ✓ Desilusión          | ✓ Pérdida de la creatividad  | ✓ Consumo de fármacos          |                              |
| ✓ Pesimismo           | ✓ Cinismo                    |                                |                              |
| ✓ Falta de tolerancia |                              |                                |                              |

**Tabla 1:** Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout (Buendía y Ramos, 2001;60)

**1.5 Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout.**

A continuación se desarrollaran los factores que pueden desencadenar Burnout, para posteriormente analizar si alguno o muchos de ellos se encuentran presentes en los sujetos y las instituciones que fueron seleccionadas para dicho trabajo.

Horacio Cairo plantea la existencia de 10 factores desencadenantes del síndrome, los cuales son pueden agruparse en 3 categorías: (Cairo, 2005 en Thomae, Ayala, Sphan y Storti, 2006):

- Aspectos técnicos del rol profesional, tarea propiamente dicha:
  - La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
  - Exceso de trabajo, falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.



- El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
- La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc).
- Relaciones interpersonales, reflejado en la capacidad para trabajar con otros:
  - Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
  - Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
  - Las relaciones conflictivas con compañero o colegas.
- Grado de influencia social y política de la organización:
  - Falta de equidad o justicia organizacional.
  - Falta de participación en la toma de decisiones.
  - Imposibilidad de poder progresar/ascender en el trabajo.

Peiró (1992) agrega, que además, hay que tener en cuenta otros elementos como determinantes del síndrome. Como lo son los contenidos del puesto, clima organizacional, grado de participación, implicación de los empleados en el proceso de toma de decisiones, grado de autonomía, sistema de supervisión ejercida y grado de apoyo social.

Ardid y Zarco (2001, citadas en Rodríguez Fernández, 2000) al referirse a los desencadenantes del síndrome, hablan del entorno subjetivo. Dentro de este resaltan la importancia de la valoración que el individuo realice del estresor, la cual es decisiva para la experiencia de estrés. Las variables del ambiente sociodemográfico y psicosocial del individuo que mayor repercusión directa tiene en el sentimiento de estrés laboral son:

- *Sociodemográficas*: edad, género, nivel educativo y clase social.
- *Psicológicas*: autoestima, tolerancia a la ambigüedad.
- *Variables sociales*: apoyo social.

## **1.6 Factores protectores.**

En relación a los factores protectores del presente síndrome, Aguilar (1996, citado en Quintana, 2005) propone “una formación y preparación adecuada para abordar el tema específico. Un trabajo con estas características debiera ser realizado y vivido tanto desde la persona que recibe el servicio de ayuda como desde los profesionales. Además es importante que el profesional pueda mirarse a sí mismo frente al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones”.

Maslach (2001) afirma respecto al Burnout, que “la investigación ha encontrado que los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más importante en el Burnout que los del individuo.

En cuanto a las estrategias individuales éstas son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde una persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en otros aspectos de su vida”. Por otro lado, Arón (2001, citado en Huertas, 2005, 134) plantea varias conductas de autocuidado que han demostrado ser importantes a nivel individual: se plantea la necesidad de tener espacios de oxigenación en los que la persona pueda airearse, nutrirse en actividades alejadas de las temáticas del trabajo. Otras acciones importantes para el autocuidado tienen que ver con evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros, e intentar recibir formación en aquellas perspectivas teóricas y modelos que entreguen destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultantes.

## **1.7 Factores de riesgo.**

Martínez Pérez (2010) describe Factores de Riesgo del Síndrome:

- Variables individuales.

Según Edelwich y Brodsky (1980), las personas que se dedican a ayudar a los demás tienen el objetivo de confirmar su sentido de poder, y si esto se ve frustrado aparece el Burnout. La probabilidad de que aparezca el Síndrome se ve aumentada si la persona tiene un alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica, falta de apoyo de la institución uso inadecuado de los recursos, ser empleado joven, pocos años de experiencia y situación laboral inestable.

Las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Síndrome debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas.

- Variables sociales.

Se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés.

- Extra-laborales.

Relaciones familiares y/o amigos. Estas fuentes le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repeti (1989, citado en Martínez Pérez 2010), el apoyo familiar, en el hogar, atenúa los efectos estresores menores de la vida diaria. La falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

- Organizacionales.

Se pueden nombrar estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las demandas laborales pueden clasificarse en cuantitativas y cualitativas. Las primeras se refieren a la carga laboral, y las segundas al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los

niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica.

La definición de roles laborales pueden generar ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Existen determinados tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos. La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas.

Buzzetti (2005) propone clasificar a los factores de riesgo del síndrome en tres grupos:

**1. Factores de riesgo relacionados con las características del cargo y rol a desempeñar:** Las características del cargo y el rol que cumple el cliente en la interacción, junto con las expectativas que tiene el mismo proveedor de la relación que se establece cuando se presta un servicio, inciden en el nivel del burnout que podría presentar el trabajador. Estos factores son considerados dentro de los más relevantes, dado que se refieren a las características propias de la relación entre el trabajador y el cliente y aquellas relacionadas con el rol que se espera que cumpla.

Aquí podemos mencionar cómo ciertas temáticas podrían ser una variable que predispondrían a los profesionales a desarrollar el síndrome. Entre ellas podemos mencionar el maltrato infantil y violencia intrafamiliar, por la complejidad y el impacto, principalmente emocional, que genera tanto en los profesionales como en quienes solicitan ayuda. Sin embargo, en una investigación que se llevó a cabo con profesionales que componen un equipo interdisciplinario dedicados al estudio y atención integral al Maltrato Infantil, se obtuvieron puntuaciones medias en los niveles de Burnout, lo cual no es un desajuste suficientemente importante como para afectar el funcionamiento de los miembros del equipo, pese a la intensidad y cronicidad de la demanda profesional, generalmente enmarcadas por el abuso, la violencia y el trauma contra niños y adolescentes. Un factor protector ante esto se percibió en la modalidad de trabajo, la cual es interdisciplinaria y por otro lado las variaciones en el rol de los profesionales, ya que participan de otras actividades como investigación, asistencia en otras Instituciones, impide la saturación

laboral y por ende el desarrollo del Burnout, (Gonzalez- García, Suárez- Rodríguez, Loredó- Abdala, 2011)

**2. Factores de riesgo relacionados con las características de la organización:**

Cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas.

**3. Factores de riesgo relacionados a aspectos personales del trabajador:** Este es uno de los factores que ha tenido mayor polémica dentro de los investigadores y personas dedicadas a la psicología organizacional, por las implicancias que tiene en la organización el atribuir el Burnout a aspectos personales del trabajador. Por ejemplo, si se le atribuye excesiva importancia a esta variable, las acciones de prevención, estarían orientadas a la rehabilitación del individuo, en vez de hacer cambios en la organización. En la primera estrategia de prevención habría menos costos, pero las consecuencias tenderían a postergar cambios importantes que inciden en la salud de todos sus miembros. La segunda estrategia puede ser más costosa, pero derivará en beneficios a largo plazo para toda la organización. Maslach y Leiter (2001) sugieren que a pesar del gran peso de los estresores de la organización, la gente reacciona diferente en cuanto al Burnout, debido a sus cualidades personales, tales como estilo de personalidad y de la atribución, y que determinan que tanto se les facilita su ajuste con el ambiente. (p. 397)

### **1.8 Evolución del Síndrome de Burnout**

Es importante conocer las etapas de la evolución del Síndrome de Burnout, ya que de esta manera podemos comprender como el trabajo con la temática de maltrato puede predisponer a los trabajadores a padecerlo. Como ya hemos mencionado los profesionales al comenzar un trabajo ponen muchas expectativas en el mismo, los cual se entrelazan con los del paciente, y el contexto institucional en su conjunto.

Moreno (2008) define el Burnout como “un proceso transaccional de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante (es decir “un trabajador muy estresado que continua realizando un trabajo muy estresante”)”. En el proceso de desarrollo del síndrome pueden distinguirse varias fases o etapas:

- Primera fase, denominada Fase de estrés: comprende el desajuste (desequilibrio) entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador para hacer frente a esas demandas.
- Segunda fase, Fase de agotamiento: es la respuesta emocional inmediata del trabajador a este desajuste. Se caracteriza por preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- Tercera fase, Afrontamiento defensivo: se caracteriza por cambios de actitudes y en la conducta. Incluye: trato frío e impersonal (robotización), con gran dosis de cinismo y atendiendo solamente a la satisfacción de las propias necesidades.

Imperiales (2009) describe fases desde Bronsberg y Vestlund (1997) del libro “No te quemes”:

**1. Fase inicial o de entusiasmo:** en general todo profesional experimenta entusiasmo en la etapa inicial de acceso a un nuevo puesto en la que la actividad laboral y las expectativas positivas derivadas de la misma cobran gran importancia. Al principio el trabajo se siente como algo estimulante, resulta atractivo aunque sea exigente. No preocupan demasiado los contratiempos, poniéndose a trabajar con energías renovadas. Hay una intensa identificación con las personas con las que se trabaja, con el equipo, con la organización. No importa prolongar la jornada laboral, así como también existe la tendencia a poner objetivos más altos que los esperados por los jefes. Una persona que esta fase se comporta de esta manera puede ser considerada una amenaza por los compañeros de trabajo, que llevan mucho tiempo en la empresa u organización y están acomodados.

**2. Fase de estancamiento:** tras comprobar el incumplimiento de sus expectativas profesionales el trabajador se estanca. Aunque el trabajo todavía representa una posible fuente de realización personal comienza a replantearse la relación entre esfuerzo personal y beneficios. Empieza a dudar y a sentir una sensación de derrota sin saber cuál es el motivo. No se ven los resultados esperados. Hay sentimientos de incapacidad. El entusiasmo oscila, actuando a veces de forma poco eficaz por la invasión de las dudas. De a poco comienza a contagiarse del negativismo de los compañeros de trabajo, aunque

intenta controlarlo. Se aísla para protegerse de los desengaños y del negativismo. La salud empieza a resentirse.

**3. Fase de frustración:** el trabajador empieza a cuestionar el esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño de su trabajo. Aunque existe la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales pueden condicionar el tránsito hacia una fase de apatía. El trabajador se siente como algo carente de sentido, se pregunta de forma continua qué sentido tiene su trabajo, si se habrá equivocado de profesión, si la formación recibida es inadecuada. Siente temor por seguir siendo igual hasta el momento de la jubilación. Se vuelve negativo. Con el paso del tiempo crece la impotencia y la ignorancia, todo lo hecho parece no servir para nada. Cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el equipo de trabajo. Los síntomas psicósomáticos se han vuelto crónicos. El saldo de la realidad no coincide con lo imaginado: resultados rápidos y positivos y halagos por doquier.

**4. Fase de la hiperactividad y de la apatía:** reacción de hiperactividad: El trabajador se olvida de sí mismo, dice “sí” a demasiadas cosas. Siempre está trabajando, no escucha, está acelerado, quiere hacer tantas cosas pero no termina haciendo nada. Después de esto se produce: el colapso o reacción de apatía: surge a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. La esperanza lo abandona. Se siente resignado tanto por lo que se refiere al trabajo como por las posibilidades de poder cambiar algo. Aumenta la distancia entre el trabajador y las personas que reciben su servicio, actúa como si fuera un robot, lo mismo ocurre con los compañeros de trabajo y con la familia.

**5. Fase del Quemado:** consecuentemente con el paso anterior, acontece el colapso físico, emocional y cognitivo que obliga a dejar el trabajo, ser trasladados, cambiar de función como resultado de la frustración e insatisfacción laboral.

## **1.9 Consecuencias del Burnout**

Los autores C. Maslach y S. E. Jackson (1997), plantean que las consecuencias de este Síndrome pueden ser: deterioro en la calidad de los servicios prestados, ausentismo, poca moral de trabajo y baja o despido de personal. Si los síntomas se agudizan, puede llegar a la pérdida de la profesionalidad, agotamiento físico, insomnio, abuso de sustancias, problemas personales y familiares. Por ende, las consecuencias son potencialmente peligrosas para el persona, para los sujetos que reciben su labor y para la organización.

Luque Ramos; Gómez Delgado y Cruces Montes (2000) consideran que estas consecuencias negativas generan impacto tanto para el individuo como para la organización.

Algunas consecuencias personales pueden agruparse en:

- Físicos y emocionales: cefaleas, taquicardias y palpitaciones, dolor precordial, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, crisis asmáticas, alergias, fatiga, dolores musculares.
- A nivel psíquico: ansiedad, depresión, insomnio, etc. y emocionales referidos a sentimientos de inadecuación, limitación e infelicidad.
- Interpersonales: deterioro de la vida familiar y social, dificultades en las relaciones interpersonales.
- Actitudinales: expresión y manifestación de actitudes negativas hacia los demás, hacia la organización y hacia sí mismo. Con sensaciones de insatisfacción laboral y reducidos niveles de compromiso e implicación.
- Conductuales: con comportamientos inadecuados relacionados con el trabajo y con la organización, con manifestaciones como agresividad, inhibición, cambios del estado de humor, etc. Así como conductas negativas con la organización, como absentismo, lentitud en el desempeño, disminución de la calidad y cantidad en el rendimiento laboral”.

Tanto en el ámbito organizacional estas consecuencias pueden observarse en la insatisfacción laboral de los trabajadores, dificultad para establecer sistemas de motivación en el trabajo, alto nivel de ausentismo, tendencia abandonar el puesto de trabajo como abandonar la organización (absentismo) , deterioro en la calidad del desempeño laboral,



incremento de conflictos laborales, dificultades entre los compañeros de trabajo y con los supervisores, aumento cada vez mayor de accidentes laborales.

En una investigación llevada a cabo en Chile, con profesionales que trabajan en Instituciones del Servicio Nacional de Menores, se evidenció que existe una alta rotación de personal, en especial en asistentes sociales, desmotivación en el transcurso del tiempo y desgaste emocional producto de atender a niños, niñas en situación de vulneración de derechos. Los resultados arrojaron que la presencia de Burnout está asociada primero por la falta de una delimitación en la relación de ayuda entre el asistente social y su asistido, y por el vínculo afectivo que establece el asistente social en dicha relación de ayuda. Una segunda variable asociada, es la inestabilidad laboral y los bajos ingresos. Luego la gran cantidad de horas que el asistente social permanece en la institución con los roces cotidianos que ello conlleva, además de la convivencia con el dolor y sufrimiento humano. Y por último una variable organizacional, es la falta de implementación de programas de protección de la salud laboral de sus profesionales.

En otro estudio realizado con profesionales de la salud de dos Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Bs As (2000), en base al porcentaje de personal afectado por este síndrome, se encuentra que en la categoría de Despersonalización, en el personal médico, se encuentran los mayores porcentajes, con un puntaje indicativo de que la conflictiva se focaliza en este rubro, lo que pone de manifiesto la relación que se establece con los pacientes, siendo indicativa de la sobrecarga que siente el profesional y de la defensa que instala como medida protectora. La modalidad de esta defensa distancia con el objeto de trabajo, la deshumanización perturba el vínculo terapéutico médico- paciente y repercute en la calidad de la atención.



# Capítulo 2:

# Inteligencia

# Emocional

## **2.1 Introducción a la Inteligencia Emocional.**

El concepto de Inteligencia Emocional (IE), que tuvo sus primeras apariciones hace más de 20 años, ha dado lugar desde entonces a una serie de numerosas teorías, aplicaciones y hallazgos en diversos ámbitos.

Sencillamente, la suposición central de este constructo es que las emociones pueden hacer pensar más inteligentemente y que se puede pensar más inteligentemente sobre las emociones (Mayer y Salovey, 1997).

En relación al componente emocional, la IE considera a las emociones como contribuciones potenciales del pensamiento más que como factores perturbadores de él. Es decir, la emoción y la cognición no son incompatibles ni funcionan con independencia una de otra, sino que se facilitan e influyen mutuamente permitiendo mejores respuestas en los sujetos (Grewal y Salovey, 2006).

## **2.2 Origen y Alcance de la Inteligencia Emocional**

El concepto de IE como tal fue propuesto científicamente por primera vez por Peter Salovey y John Mayer en 1990, quienes la definieron como: la capacidad para controlar y discriminar las emociones y sentimientos propios y de los demás, pudiendo utilizar esta información para guiar las acciones y pensamientos. El corolario central es que las emociones gravitan sobre los pensamientos y que éstos inciden sobre las emociones, dejándose de lado la antigua concepción de la emoción entendida como disruptiva, como una interferencia para el razonamiento. Para estos autores, la emoción es una respuesta adaptativa ante estímulos de origen interno o externo, cruzada por los sistemas biológico, cognitivo y social del individuo.

Estos autores basaron sus ideas en los planteos de Howard Gardner acerca de las Inteligencias Múltiples y, en especial, de dos tipos centrales de inteligencia que este autor propone: la interpersonal y la intrapersonal.

En consonancia con lo anterior, Grewal y Salovey (2006) consideran que las emociones pueden contribuir con el pensamiento, en lugar de perturbarlo. Es decir, emoción y cognición no son incompatibles ni aisladas sino que interaccionan recíprocamente permitiendo respuestas más funcionales en las personas.

El término “Inteligencia Emocional” alcanzó popularidad gracias a los trabajos de Daniel Goleman en 1995, quien introdujo el estudio de la IE y sus beneficios al campo de las relaciones cotidianas y, posteriormente, al mundo de las organizaciones.

De alguna manera, el concepto de IE surgió como una forma de responder a la pregunta acerca de por qué algunas personas se adaptan mejor que otras y consiguen mejores resultados en diferentes situaciones de la vida cotidiana (Trujillo Flores y Rivas Tobar, 2005).

Es así que lo novedoso del planteo de Goleman (1995) fue afirmar que el Coeficiente Intelectual (CI) medido académicamente era incapaz de predecir y garantizar el éxito de las personas en sus vidas y que la IE podía resultar igual o más decisiva que el CI.

Actualmente, se conoce que la IE es un buen predictor del “éxito” de las personas en distintas esferas de sus vidas dado que implica habilidades que conllevan a mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, mayor cantidad y calidad de relaciones sociales, menos comportamientos disruptivos o agresivos y mejores rendimientos escolares y laborales (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Limonero y cols. 2009; Shapiro, 1997).

Arias y Giuliani (2012) proponen que la inteligencia emocional implica un conjunto de habilidades para percibir los propios estados emocionales, comprenderlos, expresarlos y regularlos de forma adaptativa.

### **2.3. Desarrollo de la Inteligencia Emocional: los distintos modelos**

Las concepciones alrededor de la IE no son uniformes. Existen al respecto varios modelos y teorizaciones que se pueden agrupar en torno a dos enfoques diferenciados: los modelos de rasgo o mixtos y los modelos de habilidad (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005b).

### **2.3.1. Modelos de Inteligencia Emocional como rasgo o mixtos**

Los modelos mixtos implican una visión amplia que concibe la IE como un conjunto de rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas; que posibilitan en mayor o menor medida la adaptación de una persona a las demandas de su medio, siendo un factor esencial para el éxito en los diversos ámbitos de la vida, en el bienestar general y en la salud emocional.

Los dos principales teóricos de esta línea son Goleman y BarOn. Si bien los enfoques de ambos presentan diferencias algunos autores los engloban bajo esta misma categoría (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005b; Pena Garrido y Repetto Talavera, 2008).

#### **2.3.1.A. Modelo de Inteligencia Emocional-Social de Reuven BarOn (1997, citado en Ugarriza, 2001)**

Este autor propone un modelo de cinco componentes subdivididos en quince subcomponentes que posibilitan medir la inteligencia emocional-social mediante un coeficiente emocional general. Estos son:

- **COMPONENTE INTRAPERSONAL**

- Comprensión de sí mismo: habilidad para comprender y diferenciar sentimientos y emociones.
- Asertividad: habilidad para expresar sentimientos e ideas sin agraviar los derechos ajenos y defendiendo los propios de forma constructiva.
- Autoconcepto: habilidad para aceptarse y respetarse a uno mismo en los aspectos positivos y negativos.

- Autorrealización: habilidad para realizar lo que se desea, se puede y se disfruta.
- Independencia: habilidad para autodirigirse, sentirse seguro de sí mismo, tomar decisiones con independencia emocional.

- COMPONENTE INTERPERSONAL

- Empatía: habilidad para comprender los sentimientos de otros.
- Relaciones interpersonales: habilidad para entablar y mantener relaciones satisfactorias.
- Responsabilidad social: habilidad para cooperar, contribuir con el grupo social.

- COMPONENTE DE ADAPTABILIDAD

- Solución de problemas: habilidad para identificar, definir y solucionar los problemas.
- Prueba de realidad: habilidad para diferenciar la vivencia de la realidad concreta.
- Flexibilidad: habilidad para adaptar las emociones, pensamientos y conductas a situaciones cambiantes.

- COMPONENTE DE MANEJO DEL ESTRÉS

- Tolerancia al estrés: habilidad para tolerar situaciones estresantes y adversas.
- Control de los impulsos: habilidad para controlar emociones.

- COMPONENTE DEL ESTADO DE ÁNIMO GENERAL

- Felicidad: habilidad para vivenciar satisfacción con la vida.
- Optimismo: habilidad para apreciar los aspectos positivos de la vida.

Bar-On diseña un instrumento de medición denominado Emotional Quotient Inventory (EQ-i). Es de autorreporte, consta de 133 ítems que se responden mediante una escala likert de cinco puntos y arroja un coeficiente emocional.

### **2.3.1.B. Modelo de la Inteligencia Emocional de Daniel Goleman**

Daniel Goleman, define la IE como: “la capacidad de reconocer, aceptar y canalizar nuestras emociones para dirigir nuestras conductas a objetivos deseados, lograrlos y compartirlos con los demás”.

Concibe la IE como un conjunto de atributos de personalidad agrupables en cinco componentes básicos (Goleman, 1998)

- Autoconocimiento emocional (o autoconciencia emocional):
- Autocontrol emocional (o autorregulación)
- Automotivación
- El reconocer las emociones en los demás:
- La capacidad de relacionarse con los demás

Goleman (1995) propone encauzar las emociones, dirigirlas y equilibrarlas reduciendo las emociones desfavorables y aumentando las favorables, como en el caso de la motivación. Enfatiza el papel de las emociones a la hora de afrontar situaciones adversas y difíciles como pérdidas dolorosas, fracasos, riesgos y conflictos interpersonales, en las que tales emociones pueden desencadenar acciones exitosas o en el caso contrario, interferir en el desempeño.

Goleman (1995) introduce una teoría de la IE basada en competencias, que representan elementos claves para reeducar a las personas y desarrollar la IE. Estas son:

- Autoconocimiento: Es la conciencia que se tiene de los propios estados internos, los recursos e intuiciones mientras están aconteciendo. Supone reconocer los auténticos sentimientos y estados anímicos, simbolizarlos y nombrarlos adecuadamente. Hay emociones percibidas de forma consciente, pero otras se mantienen inconscientes. Estar bajo el influjo de éstas últimas sin ejercer sobre ellas cierto control, puede llevar al fracaso en una entrevista laboral, por ejemplo. Al conocer las propias emociones, pueden ser controladas.



- **Autorregulación:** Es el control de los estados, impulsos y recursos internos, que implica aplazar la satisfacción de un deseo en aras de un objetivo, lograr una expresión emocional auténtica y satisfactoria y evitar los extremos del descontrol o represión emocional. Se considera aquí la capacidad de control de la irritabilidad, ansiedad y melancolía para evitar conductas indeseables.
- **Motivación intrínseca:** Es la capacidad para auto-inducirse emociones y estados de ánimo positivos, como la confianza, el entusiasmo y el optimismo, que guían o que facilitan el logro de objetivos. Implica autodominio emocional para conseguir metas de largo plazo, enfrentando las tareas con bajo nivel de ansiedad y alto nivel de disfrute, lo cual aumenta la eficacia en el desempeño. **Competencias sociales en el trato con los demás:** - **Empatía:** Se entiende como la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas, para establecer contactos personales de colaboración y mutuo entendimiento. Implica comprender y ayudar a los demás, con orientación de servicio y respeto de la diversidad.
- **Habilidades sociales:** Es la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás pero no entendidas como capacidades de control sobre otro individuo. Implica las capacidades de influencia, comunicación, manejo de conflictos, liderazgo, catalización del cambio, establecimiento de vínculos y trabajo en equipo. Por ello, un profesional puede tener grandes conocimientos y un alto coeficiente intelectual, pero si no sabe relacionarse con los demás, sus posibilidades de éxito se verán muy disminuídas.

Goleman menciona recursos para controlar tales estados emocionales:

- **Reconsideración:** interpretar la situación de una manera más positiva.
- **Aislamiento:** alejarse de la situación y estar unos momentos a solas, para obtener serenidad.
- **Distracción:** hacer otra cosa.
- **Técnicas de relajación:** como la respiración profunda

Las críticas a Goleman residen en la extensión de los conceptos que involucra y en la falta de operacionalización de las variables que considera. Pese a ello, este modelo ha resultado de utilidad en los ámbitos organizacionales y profesionales con sujetos adultos.

### **2.3.2. Modelo de Inteligencia Emocional como Habilidad Cognitiva**

Este modelo, establecido por primera vez en el año 1990 por Salovey y Mayer y reformulado en 1997 por los mismos autores supone una visión funcionalista de las emociones. Desde esta postura las emociones permiten la adaptación al medio y la interacción saludable con el mismo, por ello consideran a la IE como una habilidad centrada en el procesamiento de la información emocional que unifica las emociones y el razonamiento, permitiendo utilizar las emociones para facilitar un razonamiento más efectivo y pensar de forma más inteligente sobre la propia vida emocional (Mayer y Salovey, 1997). A diferencia de los modelos mixtos, los autores consideran que la IE entendida como la habilidad para procesar información relevante de y para nuestras emociones es independiente de los rasgos o las características estables de personalidad (Mayer, Salovey y Caruso, 2008).

De esta forma, desde este modelo la IE se conceptualiza como: “la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 1997, pág. 30).

Este enfoque también se conoce como Modelo de las Cuatro Ramas (Four-Branch Model) haciendo referencia a cada una de las cuatro habilidades mencionadas (Mayer y cols., 2004) que se ordenan desde las más básicas hasta las más complejas en términos de los procesos psicológicos involucrados y la aparición a lo largo del desarrollo, tal como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2. Representación del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey.**

**1. *Percepción, valoración y expresión de la emoción***

- Identificar la emoción en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno
- Identificar emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del lenguaje, sonido, apariencia y conducta
- Expresar emociones adecuadamente y expresar las necesidades relacionadas con esas emociones.
- Discriminar entre expresiones precisas e imprecisas, u honestas y deshonestas, de las emociones.

**2. *Facilitación emocional del pensamiento***

- Las emociones priorizan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante
- Las emociones son tan intensas y disponibles que pueden ser generadas como ayuda del juicio y de la memoria sobre los sentimientos
- El humor cambia la perspectiva del individuo desde el optimismo hasta el pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista
- Los estados emocionales estimulan afrontar diferencialmente los problemas específicos tales como cuando la felicidad facilita el razonamiento deductivo y la creatividad.

**3. *Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional***

- Etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones mismas, tales como gustar y amar.
- Interpretar los significados que las emociones conllevan respecto a las relacionestales como que la tristeza es precedida por una pérdida
- Comprender sentimientos complejos: sentimientos simultáneos de amor y odio, mezclados, tales como el temor, como combinación de miedo y sorpresa
- Reconocer las transiciones entre emociones, tales como la transición de la ira a la satisfacción, o de la ira a la vergüenza.

**4. *Regulación reflexiva de las emociones***

- Estar abierto a los sentimientos, tanto placenteros como displacenteros
- Atraer o distanciarse reflexivamente de una emoción dependiendo de su información o utilidad juzgada
- Monitorizar reflexivamente las emociones en relación a uno mismo y a otros, tales como reconocer cómo de claras, típicas, influyentes o razonables son
- Regular las emociones en uno mismo y en otros, mitigando las emociones negativas e intensificando las placenteras, sin reprimir o exagerar la información que transmiten

Nota: Información extraída de Mayer y Salovey (1997, pág.31)

Estas habilidades se encuentran enlazadas, de modo que para regular las emociones correctamente es necesario entenderlas y, para ello, es necesario percibir las con precisión. Estas habilidades pueden ser dirigidas hacia sí mismo (intrapersonales) o hacia los demás (interpersonales) siendo ambas dimensiones relativamente independientes sin necesidad de aparecer juntas y con el mismo grado de desarrollo. A continuación se explica cada una de estas habilidades y sus subcomponentes.

### **2.3.2.A. Percepción, valoración y expresión de la emoción**

La percepción emocional es la habilidad para identificar y reconocer tanto las propias emociones como las de los demás.

Implica la capacidad para prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales tanto verbales como no verbales (de la expresión facial, los movimientos corporales y el tono de voz). Así, esta habilidad depende al grado en el que los individuos son capaces de identificar adecuadamente sus propias emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que éstas conllevan y la experimentación de emociones en otros (Fernández Berrocal y Extremera, 2005b).

Por otra parte, forma parte de esta primera habilidad la posibilidad de expresar emociones en el lugar y del modo adecuado (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 1999).

Se considera que esta primera rama del modelo trata de una de las capacidades más básicas y fundamentales de la IE ya que permite el resto del procesamiento de la información emocional.

### **2.3.2.B. Facilitación emocional al pensamiento**

La facilitación emocional, también denominada asimilación emocional, implica la habilidad para tener en cuenta las emociones al momento de razonar o solucionar problemas.

Se centra en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y cómo estos estados afectivos ayudan a la toma de decisiones ya que se considera que colaboran a priorizar los procesos cognitivos básicos, focalizando la atención en lo que es realmente importante (Fernández Berrocal y Extremera, 2005b).

De esta forma, en función de los estados emocionales, los puntos de vista cambian, la valoración de los problemas puede diferir, el pensamiento creativo puede verse facilitado u obstaculizado. Existen de hecho ciertas emociones que son más adecuadas para enfrentarse a determinadas situaciones que otras (Izard, 2001, citado en Mayer y cols., 2004)

Resumidamente, la facilitación emocional implica la conciencia de cómo las emociones actúan sobre el razonamiento y el procesamiento de información.

Como mencionan Mayer y cols. (2004) es la capacidad de la emoción para asistir al pensamiento.

### **2.3.2.C. Comprender y analizar las emociones**

La comprensión emocional implica el conocimiento del sistema emocional en su conjunto: cómo se procesa cognitivamente la emoción, cuál es su significado, cuál es su denominación y cómo puede ser su curso o evolución (Mestre Navas y cols., 2004). Se incluyen aquí diversas subhabilidades como la posibilidad de desglosar el complejo repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones uniendo significados y términos y reconocer en qué categorías se agrupan en función de sus semejanzas y diferencias.

Implica, además, una actividad anticipatoria y otra retrospectiva para conocer las causas generadoras del estado anímico y las posibles consecuencias de las acciones. Esta habilidad también supone conocer la forma en que los estados emocionales se combinan dando lugar a emociones secundarias (como por ejemplo que los celos son una composición de admiración y amor hacia alguien junto con miedo a la pérdida debido a una amenaza); la posibilidad de que existan emociones complejas (por ejemplo, el remordimiento luego de la culpa); el reconocimiento de las transiciones de una emoción a otra (la sorpresa por algo no esperado y desagradable, el enojo posterior y su expresión, y finalmente el posible sentimiento de culpa debido a esa manifestación de ira); y la aparición de sentimientos simultáneos y contradictorios (como sentimientos de amor y odio hacia una misma persona).

#### **2.3.2.D. Regulación reflexiva de las emociones**

Se considera que esta rama es la más compleja de todas las habilidades (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005b) ya que incluye aspectos más generales de la persona como su contexto, sus objetivos, su autoconocimiento y su conciencia social, entre otros (Mayer y cols., 2004). Sintéticamente incluye cuatro sub-habilidades:

1. Apertura a las emociones
2. Aproximación o distanciamiento de las emociones
3. Monitoreo y conducción de las emociones
4. Expresión direccionada de las emociones

Cada una de estas capacidades se consideran tanto en los niveles intrapersonales como interpersonales (es decir, en uno mismo y en los demás).

Estas habilidades remiten a la importancia de ser sensibles ante las emociones que se experimentan y de tolerar las mismas independientemente de su cualidad de agradable o desagradable. Este es un elemento básico para la regulación emocional que se encuentra estrechamente relacionado con las habilidades de la primera rama (percepción y valoración emocional). Un principio central aquí es que cualquier emoción, al conllevar un elemento de comunicación y adaptación, debe ser tomada en cuenta, bienvenida y no obstaculizada (Mayer y Salovey, 1997).

Se conoce que a medida que las personas aumentan su capacidad de utilizar el pensamiento abstracto surge también una reflexión o metaexperiencia más conciente y precisa de los estados emocionales. En función de esto, los sujetos pueden expresar que no comprenden del todo lo que sienten, que se sienten bien o mal por determinados motivos, que están influidos por sus estados, etc. Tales reflexiones no son simples percepciones de sentimientos, sino más bien una metaevaluación cognitiva de los estados emocionales. Esta metaevaluación incluye la atención que se presta a las emociones propias y hasta qué punto es clara, típica, aceptable e influyente para el propio sujeto dicha emoción. El monitoreo reflexivo que se menciona aquí también se realiza en relación a los demás.

Por último, el manejo de las emociones y su expresión concierne a los intentos de los sujetos por mejorar un mal estado emocional, generando uno bueno o abandonándolo.

Salovey, Woolery y Mayer (2001, citado en Mestre Navas y cols., 2004) establecen que las claves para la autorregulación emocional son:

- Autoeficacia en la regulación emocional (los sujetos deben creer que pueden regular sus emociones)
- Manejo preciso de los estados emocionales
- Identificación y diferenciación de las emociones a ser reguladas

- Empleo de estrategias que alivien los estados negativos y mantengan los positivos
- Evaluación de la efectividad de las estrategias usadas

Las estrategias pueden recibir diversas denominaciones y clasificaciones según los autores. Sin embargo, las más efectivas se han relacionado con aquellas que incluyen ejercicio físico, técnicas activas combinadas con relajación, estrategias de control del estrés y técnicas de reestructuración cognitiva.

## **2.4. Aplicaciones y líneas actuales de investigación de la Inteligencia Emocional**

### **2.4.1. Inteligencia Emocional y Salud**

Existe una gran variedad dentro de los estudios que han intentado relacionar la IE con la salud. Se han utilizado diversas técnicas y se ha puntualizado en aspectos muy diversos como el bienestar personal, la felicidad, el ajuste psicológico, ciertas patologías ansiosas o depresivas, entre otros.

A modo general, Extremera y Fernández-Berrocal (2006) comentan que se ha encontrado que las personas que reportan mayores niveles de Claridad Emocional (evaluado mediante la TMMS) presentan una mayor satisfacción vital. Es decir, aquellos



sujetos que son más conscientes de sus emociones son más hábiles para afrontar problemas emocionales y experimentar bienestar emocional que los sujetos con capacidades menos desarrolladas en estos ámbitos. De la misma manera, las personas que pueden identificar fácilmente una emoción específica mientras esta ocurre se focalizan menos en ella y atienden más a la forma en que pueden encontrar alternativas de solución a sus problemas, pensar en ellos y usar estrategias adaptativas de afrontamiento.

Bermúdez y Teva Álvarez (2003) encontraron en su estudio con universitarios que los sujetos con mayor IE (evaluada mediante un Inventario de Pensamiento Constructivo – CTI) mostraban mayor bienestar psicológico, dado que las personas que presentaban un mayor autocontrol emocional y conductual percibían mayor control sobre las demandas del medio y, por tanto, una mayor autoestima. Así también, las autoras encontraron una correlación positiva entre IE y estabilidad emocional, ya que las personas estables emocionalmente poseen mayor autoestima, toleran mejor la frustración, son capaces de controlar los estados de tensión y su propio comportamiento en situaciones adversas.

Góngora y Casullo (2009) encontraron en sus investigaciones que los niveles de IE (medida con el EQ-i) son mayores en la población general comparados con la población clínica con trastornos depresivos y ansiosos. Los mismos resultados fueron hallados por Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2006) sobre pacientes depresivos y por Pérez Lizeretti (2009) y Lizeretti, Castells, Rodríguez, Segarra, Farriols y Palma (2009) en relación a sujetos con trastornos de ansiedad. Por último, se han encontrado correlaciones negativas entre IE y conductas adictivas de riesgo en adolescentes ya que se ha observado que los sujetos emocionalmente inteligentes comprenden mejor las presiones de sus compañeros para consumir diversas sustancias y gestionan mejor las discrepancias entre sus motivaciones y las de su grupo, lo que les permite soportar conductualmente la presión grupal y, en consecuencia, les facilita la reducción del consumo de alcohol y tabaco (Trinidad y Johnson, 2002, citado en Fernández-Berrocal y Extremera, 2009).

#### **2.4.2. Inteligencia Emocional y Educación**

Las investigaciones han demostrado que las carencias en las habilidades de IE afectan a los estudiantes tanto dentro como fuera del contexto escolar. Si bien la mayoría de los estudios han sido realizados con muestras de estudiantes universitarios, existen algunos abocados a realizar trabajos empíricos con adolescentes.

Extremera y Fernández-Berrocal (2004b) tras realizar una revisión de la literatura sobre el tema encontraron cuatro áreas fundamentales en las que bajos niveles de IE provocan o facilitan la aparición de problemas entre los estudiantes. Estos son:

- Déficit en los niveles de bienestar y ajuste psicológico del alumnado
- Disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales
- Descenso del rendimiento académico
- Aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas

Existe también un papel de la IE como predictor del rendimiento escolar. La IE acompañaría a las habilidades cognitivas como un potencial predictor del equilibrio psicológico del alumnado y, así, de su logro escolar (Ferrándiz, Hernández, López-Pina, Soto y Bermejo, 2009).

Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2003, citado en Extremera y Fernández-Berrocal, 2004b) llevaron a cabo un estudio que confirmaba la relación entre rendimiento escolar e IE mostrando que la IE intrapersonal influye sobre la salud mental de los estudiantes y este equilibrio psicológico, a su vez, está relacionado y afecta al rendimiento académico final. Este hallazgo concuerda con otras investigaciones (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004) que confirmaron que las personas con ciertos déficits (como escasas habilidades, desajuste emocional o problemas de aprendizaje) suelen experimentar estrés y dificultades emocionales durante sus estudios y, en consecuencia,

se beneficiarían más del uso de habilidades emocionales adaptativas que les permitan afrontar tales dificultades.

Como mencionan Gutiérrez Rojas y Fernández-Castillo (2009), la información que se tiene hasta el momento sobre IE y sus consecuencias en el contexto académico hace pensar sobre la importancia de poner en práctica programas que permitan desarrollar este tipo de inteligencia, favoreciendo el rendimiento académico de los alumnos, pero también la calidad de su vida social y personal en todos sus aspectos. Algunos autores se refieren a esto como Educación Emocional (Bisquerra, 2003) entendiéndolo que debería ser un proceso educativo permanente que permita el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones para aumentar el bienestar social y personal de las personas (Vivas García, 2003). En la actualidad existen algunos programas de este tipo, aunque todavía no se encuentran sistematizados ni popularizados, como así tampoco se han podido evaluar certeramente sus resultados (Gutiérrez Rojas y Fernández-Castillo, 2009).

#### **2.4.3. Inteligencia Emocional y Trabajo.**

Las mayores aportaciones al ámbito de las organizaciones desde el constructo de IE fueron hechas por Goleman (1995, 1998). Este autor ha planteado desde el inicio de sus obras que, dados los cambios por los que está atravesando el mundo laboral actual, los mejores trabajadores son aquellos que poseen las cualidades que los transformen en sujetos emocionalmente inteligentes. La IE puede predecir con éxito (por sobre el CI académico) quién puede fracasar y quién puede convertirse en un trabajador estrella. Así, la capacidad para experimentar y manejar las emociones de forma adaptativa incluye sintonizar con los sentimientos de las personas de alrededor, manejar los desacuerdos, ser un buen líder, reconocer los propios sentimientos, saber lo que se debe hacer para conseguir satisfacción en la tarea que se realiza, entre otras habilidades que aumentan la adaptación de las personas a su entorno laboral.

Las contribuciones de la IE en el ámbito laboral podrían observarse en: la capacidad de expresar las quejas en forma de críticas positivas, creación de un clima que valore la diversidad, en el hecho de saber establecer redes eficaces, comunicarse fluidamente con compañeros, jefes y empleados, ser un buen líder, generar un buen clima laboral, obtener satisfacción en la tarea, trabajar armónica y exitosamente en equipo, etc, todo lo cual conlleva a la adaptación efectiva al trabajo.

En una investigación realizada con profesionales médicos. se pone de manifiesto la importancia de poder incluir la IE en la educación médica, para ayudar a los médicos a comprender y crear una forma inteligente de sentir, cultivando sentimientos equilibrados y, tras ello, un mejor comportamiento en las relaciones familiares y escolares. Como los médicos están en constante trato con personas y las emociones de estos, en esta investigación se sugiere incluir la enseñanza de emociones inteligentes, una forma adecuada de afrontamiento y relación, que a su vez permita entender a los pacientes facilitando la relación médico-paciente y evitar de esta forma la medicina defensiva. (Hernandez- Vargas, Dickinson- Bannack, 2014)

Respecto al ámbito educativo, también se ha investigado sobre la importancia de la inteligencia emocional en los docentes; en una investigación del año 2010, desarrollada en España, se enfatiza la importancia de completar la formación del profesorado con el aprendizaje y desarrollo de aspectos sociales y emocionales. La mayoría de los docentes consideran primordial el desarrollo de las habilidades emocionales para lograr el desarrollo integral del alumno. (Extremera & Fernández–Berrocal, 2004; Palomera, Fernández–Berrocal & Brackett, 2008; Poulou, 2005) Las emociones positivas de los docentes pueden mejorar su bienestar, así como el ajuste de sus alumnos y el incremento de estas emociones positivas puede facilitar la creación de un clima de clase que favorezca el aprendizaje (Sutton & Whealey, 2003).

#### **2.4.4 Inteligencia Emocional y Burnout.**

La inteligencia emocional (IE) ha sido observada como una estrategia de regulación del Síndrome de Burnout (Görgens-Ekermans, & Brand, 2012). Las competencias emocionales son claves para potenciar mejores desempeños laborales y bienestar personal (Bisquerra, 2009; Brackett, Alster, Katulak & Fale, 2007; Cabello et al., 2010).

Diversos estudios consideran y afirman que el ejercicio de la Psicología es fuente de riesgos psicosociales. La psicología es una ocupación donde el profesional mantiene una relación muy próxima con las personas a las que debe atender. Esta relación tan estrecha a menudo supone la implicación en problemas emocionales que muchas veces llegan a repercutir en su propia vida personal. Además, los conflictos entre los intereses de la organización, escuela, familia, empresa o institución, y las personas objeto de su trabajo suelen suponer dilemas personales que sobrecargan y desgastan al psicólogo. En el ejercicio profesional de la psicología se dan elementos comunes con otras profesiones que predisponen al estrés y al Burnout, tales como el exceso de demanda (Farber y Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982), la rutina (Deutsch, 1985; Will, 1979), la remuneración insuficiente (Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982; Pereira, 1994, Rao y Mehrotra, 1998) o la presión constante (London, 1977). Lo mismo ocurre con las consecuencias habituales del estrés organizacional : agotamiento físico y emocional ( Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982), irritabilidad y distanciamiento físico (absentismo) o mental (falta de atención, sueño, aburrimiento)

El progresivo desarrollo de investigaciones sobre la inteligencia emocional y su influencia en diferentes contextos ha generado una mayor conciencia sobre la importancia del uso adecuado de las emociones para afrontar el estrés laboral que se produce en el contexto educativo (Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Extremera & Cabello, 2008).

En dicho contexto, el educativo, la capacidad para identificar, comprender y regular las emociones es fundamental, ya que estas habilidades van a influir en los procesos de aprendizaje, en la salud física, en la calidad de las relaciones interpersonales y en el rendimiento académico y laboral (Brackett, Alster, Wolfe, Katulak & Fale, 2007; Brackett & Caruso, 2007; Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Este hecho ha propiciado que los docentes demanden una formación adecuada en competencias emocionales.

Diversos autores han planteado la implementación de programas de aprendizaje socio-emocional en educación (Bisquerra et al., 2015; Brackett et al., 2007; Cabello et al., 2010), en conjunto con medidas de recuperación en el trabajo que apuntan a una recuperación de energías (Geurts & Sonnentag, 2006; Sonnentag & Geurts, 2009). Los resultados revelan que aquellas personas que participan de estos programas mejoran en su capacidad para identificar y manejar emociones (Cabello et al., 2010) y exhibir mayores competencias para el cuidado (Sonnentag & Geurts, 2009).

Las investigaciones centradas en analizar la relación entre la inteligencia emocional y el ajuste personal del docente señalan que la IE del profesor predice el nivel de Burnout que sufren (Brackett, Palomera & Mojsa; Extremera, Fernández–Berrocal & Durán, 2003). Las emociones positivas de los docentes pueden mejorar su bienestar, así como el ajuste de sus alumnos y el incremento de estas emociones positivas puede facilitar la creación de un clima de clase que favorezca el aprendizaje (Sutton & Whealey, 2003). Asimismo, la creación de un clima de seguridad en clase así como la generación de emociones positivas contribuyen al bienestar y a la felicidad del alumnado (Seligman, 2005). De este modo, que los profesores aprendan a mantener los estados emocionales positivos y reducir el impacto de los negativos puede verse reflejado en un mayor bienestar docente y en el mejor ajuste de sus alumnos (Fernández, Berrocal & Ruiz Aranda, 2008b)

De este modo, el desarrollo de habilidades emocionales surge como una forma de afrontamiento para prevenir el Burnout y consecuencias negativas en la salud laboral de los profesores universitarios (Cabello, Ruiz & Fernández, 2010; Extremera & Fernández, 2004; Martín & Mora, 2009). La IE favorecería, además, que el desempeño docente sea percibido como una actividad que favorece la realización personal, lo que permitiría una optimización del proceso de enseñanza-aprendizaje (Cabello, Ruiz & Fernández, 2010; Extremera & Fernández, 2004).

# Capítulo 3:

# Atención al Maltrato Infantil

## 3.1 ¿Qué es el maltrato infantil?

Teniendo en cuenta la Ley Provincial 6551 “Convención Internacional de los Derechos del Niño”, del año 1997, en su Art. 2 considera Maltrato a: “Todo acto intencional realizado en contra de un niño o adolescente y que ponga en riesgo su integridad física y emocional. Considerándose todas las modalidades que lo configuran: maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia.



La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) en Cuadernos de Bienestar y Protección Infantil, define al Maltrato Infantil como: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores puedan ser personas instituciones o la propia sociedad” (López 2007)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), explica que el Maltrato Infantil consiste en los abusos y la desatención que sufren los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, dañando su salud, desarrollo o dignidad, o poniendo en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El Maltrato Infantil es la máxima expresión de la falta de un buen trato, bien porque se producen lesiones, fracturas, quemaduras, etc (maltrato físico), no se atiendan las necesidades básicas (negligencia), a las necesidades psicosociales o emocionales (maltrato psicológico) y/o se utilice al niño por un adulto con fines sexuales (abuso sexual)

### **3.2 Tipos de maltrato infantil e Indicadores**

La violencia y el maltrato en la familia no es un fenómeno aislado, acotado a la privacidad de la misma. Se da en todos los niveles socioeducativos y adopta distintas tipologías.

El maltrato no elige un nivel socio-económico determinado, sino que se produce en todos los estratos sociales, culturales, educativos, y no es más que el reflejo de la violencia que se vive en los diferentes escenarios de la vida.

Esta problemática puede considerarse desde distintos lineamientos, pero todos coinciden en que es un fenómeno complejo y multicausal. Puede presentarse de distintas formas: como maltrato físico, psicológico, abuso sexual, etc.

El factor común que subyace en todas las formas de maltrato es el abuso de poder o autoridad. Entonces el abuso ocurre cuando una persona más fuerte o poderosa (adulto) aprovecha la ventaja que tiene sobre otro menos fuerte y vulnerable (niño).

R. Perrone y M. Nannini, en su libro “Violencia y abusos sexuales en la familia” (1996), mencionan que la violencia adopta dos formas distintas:

- Violencia agresión, que se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrica, se da en una relación igualitaria, donde hay una agresión mutua entre dos personas. La violencia es bidireccional y recíproca.
- Violencia castigo, que tiene lugar entre personas implicadas en una relación complementaria. En la relación complementaria, la violencia toma forma de castigo y se inscribe en el marco de una relación desigual. Se manifiesta en forma de penitencias, torturas, negligencia o privación de afectos y cuidados. Es una violencia unidireccional y, la diferencia de poder entre uno y otro puede ser tan grande que el que se encuentra en una posición baja, no tiene alternativa y debe someterse contra su voluntad.

Podemos clasificar al Maltrato Infantil en:

### **MALTRATO FÍSICO**

Es el uso intencional de la fuerza física por parte de la madre, padre o tercero familiar o no, con el objeto de castigar y lastimar al niño, niña y adolescente. Es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental.

También interpretamos como maltrato la aparición de lesiones físicas que se produzcan por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño/a o adolescente.

Como consecuencia del mismo se puede mencionar: hematomas, pinchazos, cortes, fracturas, quemaduras, mordeduras, traumatismos, lesiones diversas.

### **Algunos indicadores de Maltrato Físico:**

✓ En el niño:

- señales físicas repetidas
- relaciones entre niño y adulto secreta, reservada y excluyente
- cansancio permanente
- cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente
- conductas agresivas y/o rabietas persistentes
- relaciones hostiles, distantes, violentas
- actitud hipervigilante
- falta de cuidados médicos básicos
- después del fin de semana vuelve peor a la escuela
- temor o rechazo a uno de los padres
- regresiones conductuales
- falta a clase de forma reiterada sin justificación
- presenta conductas antisociales: fugas, vandalismos, pequeños hurtos
- extremada pasividad cuando se le deben efectuar procedimientos dolorosos.

Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del maltrato y rechazan cualquier tipo de ayuda, justificando sus acciones; mientras que los padres que presentan algún tipo de dificultad en el trato con sus hijos suelen reconocerlos y admiten la ayuda que se les ofrece.

✓ En los padres y/o cuidadores:

- parecen no preocuparse por el niño
- desvalorizan al niño en público
- justifican la disciplina rígida y autoritaria, habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño
- ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias, no convincentes, o bien no tienen explicación
- no acuden a las reuniones del colegio
- no justifican las ausencias de clase de sus hijos
- compensan con bienes materiales la escasa relación personal afectiva que mantienen con sus hijos.

## **MALTRATO PSICOLÓGICO**

Se trata de un tipo de crianza donde existen demandas parentales excesivas, no teniendo en cuenta las capacidades y las necesidades reales del niño, afectando las necesidades del desarrollo de su personalidad y su integración social.

La hostilidad es permanente y crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono o bien, bloqueo constante de las iniciativas infantiles por parte de cualquier adulto del grupo familiar.

Acompaña todas las otras formas de maltrato, pero también, puede ejercerse independientemente de todas las demás.

También se manifiesta como niños testigos de violencia, cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres.

Las agresiones psíquicas o psicológicas están dirigidas a dañar la integridad emocional del niño, comprende todo tipo de manifestaciones verbales y gestuales, así como las actitudes que los humillan y degradan.

El maltrato psicológico daña la autoestima, la capacidad de relacionarse y la habilidad para expresarse y sentirse un niño/a o adolescente. Esto ocasiona un deterioro en su personalidad, su socialización y en su desarrollo armónico de sus emociones, limitando y muchas veces inhabilitando a su desarrollo potencial.

Este tipo de abuso puede manifestarse tanto en incidentes aislados como mediante una actitud reiterada o comportamiento sistemático por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado para su desarrollo y carente de apoyo.

### **Indicadores de Maltrato Psicológico:**

#### ✓ En niños y adolescentes:

- exceso de timidez (el niño no habla o no se atreve a hacer nada)
- miedo profundo o pánico (temor generalizado o a cosas sencillas)
- problemas en los estudios (dificultad para aprender o asimilar conocimientos)
- problemas emocionales (dificultad para manejar o expresar emociones)
- regresiones (enuresis o encopresis, entre otras)

- temor a figuras de autoridad
- miedo a mostrarse, por lo que se esconden, y procuran pasar inadvertidos.

En el ámbito escolar suelen manifestar:

- frustración
- dificultades en la atención, falta de concentración y problemas de aprendizaje en general su capacidad de exploración y estimulación están limitadas por lo que tienen desinterés por el saber y aprender
- se muestran inseguros frente a la resolución de problemas
- presentan inmadurez afectiva e intelectual y conducta inhibida
- enfrentados con la exigencia, los niños se encuentran desconcertados a causa de su angustia y recurren a toda clase de estilos de adaptación inadecuados

✓ En padres o cuidadores:

- La variable de personalidad que con mayor frecuencia se atribuye a padres abusivos, incluye un pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y dificultades para expresar adecuadamente la ira
- Pobre autoestima, sentimiento de insuficiencia, inmadurez emocional y un estilo de personalidad rígida e inflexible

- Es habitual que desconozcan las características básicas del desarrollo del niño y tengan un concepto equívoco del significado correctivo del castigo corporal. Carecen de la capacidad de controlar la conducta de sus hijos de un modo no violento y no tienen la posibilidad de interactuar positiva y atentamente con un niño en situaciones cotidianas.
- Falta de percepción real del niño por parte de éstos
- Excesiva exigencia y gran expectativa de realización del hijo
- Déficit en la interacción afectiva con el bebé y en la empática percepción de sus sentimientos y aptitudes

### **MALTRATO POR NEGLIGENCIA**

Es una falta de responsabilidad parental que ocasiona, por acto u omisión, la provisión deficitaria de aquellas necesidades fundantes, no sólo para la supervivencia del niño/joven, sino para su desarrollo integral, sea temporal o permanente, por parte de los padres o cuidadores.

Es importante visualizar la existencia de intencionalidad del daño, acción u omisión deliberada por parte de los responsables en el cuidado y atención de los niños/as y adolescentes.

Es la falta de atención adecuada de las necesidades inherentes al desarrollo integral del niño, por parte de un adulto responsable del grupo conviviente o no. Estas necesidades pueden ser: alimentación, higiene, seguridad, atención médica, educación, etc.

La negligencia está referida al cuidado de un niño, el mismo se configura como maltrato cuando:

- La situación del niño hiciese evidente la necesidad del adulto para su protección y cuidado
- Cuando las condiciones físicas y económicas de los padres fueran suficientes para proporcionar el cuidado, la protección y la supervisión necesaria.

El aspecto relevante de la negligencia es que las conductas señaladas, provocan un daño que pudo ser previsto, anticipadamente por sus responsables directos.

**Tipos de Negligencia** ( Wanda, Allison & McCarley, 2003 citados por Fernández &Perea, 2004)

- **Negligencia física**: la cual comprende las necesidades de alimentación, vestido, amparo, higiene, supervisión e incluye también el cuidado médico, en donde el responsable a cargo del niño no le ofrece al mismo una atención adecuada y oportuna ante la presencia de enfermedades o en el cumplimiento de los controles.
- **Negligencia Educativa**: se refiere a la irresponsabilidad de cuidados por no cerciorarse que el niño cumpla con los deberes y compromisos establecidos en la Institución, así como subsidiar sus necesidades educativas, es decir, no estar pendiente de la asistencia a clases, de las reuniones de padres, del desarrollo de tareas y trabajos, entre otros. También el privar al niño/a o adolescente de escolarizarse.
- **Negligencia de Seguridad**: abarca las condiciones higiénico- sanitarias, protección hacia cualquier daño y el cuidado del ambiente.

Al pensar la negligencia como estructurante de un vínculo de maltrato a la niñez es fundamental agregar a las formas anteriores la Negligencia Emocional.

- **Negligencia Emocional**: se define como la falta de atención de las necesidades emocionales del niño/a o adolescente, ejemplo de esto es cuando lo mismos se encuentran integrados en hogares donde prima la violencia conyugal, donde se les permiten muchas cosas y se los descuida emocionalmente.

Se entiende que en ningún caso configura maltrato sí esta desatención tiene que ver con pobreza extrema y/o falta de recursos propios, como tampoco con trastornos



cognitivos que eventualmente puedan privar a los padres de ejercer satisfactoriamente sus funciones parentales.

### **Conducta Parental Negligente:**

- Privar al niño de alimento por largas horas
- Privar al pequeño de cariño, juego, abrigo y compañía cotidianamente
- El aseo del área donde vive el niño se encuentra cotidianamente con notables faltas de higiene
- Dejarlo/s solos/as o al cuidado de una persona que no está capacitada para cuidar a los niños
- Proporcionar un ambiente familiar desorganizado
- Poner sus necesidades por encima de las del niño
- Ausencia de demandas y responsabilidad hacia la conducta de los hijos

La negligencia es un estilo de crianza sustentada en el desamor, que se traduce en una práctica parental que condicionará en el niño una baja auto-estima, desapego a las normas, una escasa sensibilidad a las emociones de los demás (falta de empatía) y fundamentalmente a una extrema vulnerabilidad a conflictos personales y sociales.

### **ABUSO SEXUAL.**

Cualquier clase de placer sexual con un menor por parte de un adulto desde una posición de poder, autoridad o sometimiento, existiendo o no contacto físico.

Estos pueden incluir:

- CONTACTO CORPORAL: tocamiento, manoseo de un niño/a o adolescente con o sin ropa, forzar a un niño a que toque los genitales de un adulto, intento o coito completo vaginal, anal u oral, entre otras.
- SIN CONTACTO FÍSICO: exhibicionismo, masturbarse en presencia de otros, conversaciones y/o miradas seductoras que violan fronteras generacionales o personales, enseñarle material pornográfico, etc

### **Indicadores de Abuso Sexual Infantil (ASI)**

#### **Altamente ESPECÍFICOS:**

✓ Físicos:

-Dificultad para andar y sentarse

-Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada

-Dolor o escozor en la zona genital

-Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal

-Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

-Semen en boca, genitales o ropa

-Embarazo

-Infecciones urinarias a repetición sin correlato físico o funcional aceptable

✓ Psicológicos:

-Relato del niño: este es el aspecto que tiene mayor relevancia y el que arroja mayor certeza al diagnóstico de abuso sexual.

**Indicadores INESPECÍFICOS CONDUCTUALES:**

-Conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas

-Trastornos del sueño (terrores nocturnos, pesadillas)

-Conductas regresivas (enuresis, encopresis)

-Retraimiento social

-Cambios bruscos en el rendimiento escolar

-Mentiras, fugas, delincuencia

-Fobias

-Sobreadaptación, seudomadurez

-Promiscuidad sexual

-Coerción sexual hacia niños

-Drogadicción

-Trastornos alimenticios (bulimia, anorexia)

-Excesiva inhibición sexual

-Conductas autoagresivas

### **SINDROME DE MUNCHAUSEN BY PROXY**

Es la fabricación de síntomas por parte de madre, padre o tutor que conllevan a exploraciones invasivas, provocando sufrimientos innecesarios y confusión en el diagnóstico, ocasionando daños irreparables, pudiendo llegar hasta la misma muerte del niño. El síndrome se le adjudica a quien produce los síntomas, no a la víctima.

Uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad (hemorragias, síntomas neurológicos, etc). Los supuestos síntomas no se evidencian en ausencia del progenitor, el cual estaría excesivamente atento y difícilmente se separa del hijo.

Es un tipo de maltrato poco común y de difícil diagnóstico.

### **3.3 Abordaje de Maltrato Infantil en la Provincia de Mendoza**

#### **3.3.1 Creación y objetivos.**

Por un programa de trabajo que surge en 1993, en el Hospital Humberto Notti, se procuró identificar a aquellos pacientes que presentaban signos evidentes de riesgo y reingreso hospitalario. La necesidad de revertir esta situación, llevo a un grupo interdisciplinario compuesto por médicos, psicólogos y asistentes sociales a conformar un programa de atención integral y seguimiento que se denominó G.A.R (Grupo de Alto Riesgo)

Hoy el mencionado programa cuenta con el soporte de la Ley N° 6551, sancionada en el año 1997, que dio creación al Programa Provincial de Prevención y Atención al

Maltrato Infantil (PPMI); dicho programa pertenece a la Dirección de Salud Mental y Adicciones, del Ministerio de Salud de la Provincia.

Los fundamentos de su creación fueron la complejidad de la temática a trabajar dentro de las Instituciones, la invisibilidad del fenómeno del Maltrato Infantil Juvenil, así como también la necesidad imperiosa de poder concientizar a la población acerca de ello. Se plantea la concepción de considerar al niño como sujeto de derechos en un todo acorde a las Legislaciones Nacionales e Internacionales (C.I.D.N, Ley 26061, entre otras) y un fuerte trabajo desde un enfoque interdisciplinario.

Considerando qué, un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población, (Ana Gardey y Julián Pérez Porto, 2008), en Mendoza el **Programa Provincial de Prevención y Atención al Maltrato Infantil tiene como objetivo:**

- ✓ Abordar interdisciplinariamente el fenómeno del maltrato infanto-juvenil;
- ✓ Capacitar a los profesionales del sistema de salud, docentes e integrantes de la Sociedad Civil relacionados con la temática, para la prevención, detección temprana y derivación oportuna,
- ✓ A la par de concientizar a la comunidad sobre la importancia de solicitar a tiempo, ayuda ante este padecimiento.

En el Art. 3 de la Ley N°6551 se mencionan **los objetivos del Programa:**

- ✓ Recibir denuncias
- ✓ Efectuar detección, atención y rehabilitación del niño y su familia
- ✓ Propender a la reinserción sana y productiva de la víctima al seno familiar
- ✓ Realizar seguimiento y control de casos
- ✓ Trabajar en coordinación con otros organismos de competencia: gubernamentales, judiciales y otros
- ✓ Elaborar un registro provincial de datos emergentes de los efectores propios y los que surjan de la información de los organismos judiciales
- ✓ Capacitar profesionales y personal del área de salud
- ✓ Aunar esfuerzos para la educación de grupos de alto riesgo social
- ✓ Articular con los programas existentes del Ministerio de Desarrollo Social y Salud

El PPMI comienza con equipos interdisciplinarios ubicados en efectores públicos de salud en diferentes zonas de la provincia, de acuerdo con la complejidad creciente en que se organiza el Sistema de Salud Provincial, instalados en algunos Centros de Salud cabecera de Mza, en los Hospitales, Centro Infante Juvenil, con el tiempo se fueron abriendo otros como en los Hospitales Regionales del Valle de Uco. De estos equipos, denominados Unidades Especializadas Departamentales, Mendoza cuenta con 25, todos ellos formados por diversos profesionales de la salud Psicólogos, Médicos, Lic. en Minoridad y Familia, Trabajadores Sociales, contando con el asesoramiento legal de un

Abogado; trabajando interdisciplinariamente en la atención, evaluación, diagnóstico, seguimiento y orientación al niño, niña y adolescente y su grupo familiar.

En todos los casos, la recepción de los pacientes se hace en forma conjunta y trabajan en forma coordinada para un mejor y completo abordaje de la situación.

Teniendo en cuenta que la Real Academia Española define profesionales como quienes llevan a cabo el ejercicio de una profesión y según lo establece el artículo 2 de la ley provincial N° 2636/59, referida a la reglamentación para el ejercicio de profesiones sanitarias, los profesionales de la salud son aquellos autorizados para enunciar, prescribir o efectuar habitualmente en personas o animales cualquier procedimiento destinado a la conservación de la salud o diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las enfermedades, la preparación de recetas o el expendio de medicamentos, todo a ello aun a título gratuito.

En cuanto a la salud la OMS (1948) la define como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad.

Una estrategia fundamental para el accionar del PPMI es el trabajo en red con las áreas municipales, escuelas, fiscalías, OAL, y otras instituciones vinculadas con la temática. Para ello, se ha implementado un sistema abierto de relaciones con las áreas de salud y de desarrollo social de los Municipios.

El abordaje de los casos comprende una serie de intervenciones, que parten de la denuncia y derivación, la detección, por personal especializado: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros.

### **3.3.2 Estructura del Programa**

En el Nivel Central, se ubica la jefatura del Programa, el Departamento de Prevención y Capacitación, el Departamento Técnico Jurídico, el Departamento de Bioestadística y Epidemiología, la Línea de los Chicos 102, de la División de Administración y Personal.

El Programa actualmente cuenta con 25 equipos interdisciplinarios que se ubican en efectores públicos de salud de las diferentes zonas de la provincia. Estos equipos conforman las Unidades Especializadas Departamentales (UEDs) en toda la provincia, que se ubican en los centros de salud, hospitales, centro infanto juvenil, etc; en el caso de los Hospitales, estos equipos reciben las denuncias derivadas del 102 y de todas las instituciones locales, además de las interconsultas del Hospital por pacientes internados, y la demanda espontánea. Las UEDs, que se ubican en los Centros de Salud del Gran Mendoza, reciben las derivaciones del 102, el OAL y de otras instituciones tanto públicas como privadas, como así también la demanda espontánea.

El Servicio Especializado ubicado en el Hospital Dr. Humberto Notti, recibe derivaciones de la red de efectores periféricos del Programa, de las Fiscalías, de los Tribunales de Familia, del OAL, y de otras instituciones, además de las interconsultas de los pacientes internados.

El Departamento de Prevención y Capacitación, realiza su trabajo por un lado en las maternidades de los hospitales con la finalidad de lograr el fortalecimiento del vínculo temprano, llevan a cabo encuentros grupales con madres y seguimiento de adolescentes embarazadas, y en los jardines maternos de zonas de alta vulnerabilidad. Por otro lado, se dictan cursos presenciales y a distancia para la capacitación de docentes, profesionales, y organizaciones de la sociedad civil.

A través de la Línea de los Chicos “102”, se realiza la recepción de denuncias anónimas de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. Se brinda: orientación jurídica, asesoramiento y derivación de las denuncias específicas al sistema, según georreferencia. Los operadores cargan la información en una base de datos específica, la misma se actualiza permanentemente con la información brindada por los efectores descentralizados y permite dar respuesta al denunciante sobre el seguimiento del caso puntual. La línea está formada por una coordinadora y seis operadores. Las funciones que cumplen los operadores son: recibir las denuncias de maltrato infantil intrafamiliar, derivar esas denuncias a los efectores correspondientes, escuchar y contener a las personas que llaman, asesorar con respecto a dónde debe dirigirse la persona sino es un caso que corresponde al programa y hacer contacto interinstitucional cuando el caso lo requiere. La



línea 102 también cuenta con una abogada que realiza asesoramiento legal en forma gratuita ya sea personalmente o por teléfono.

El Departamento Técnico Jurídico, realiza orientación jurídica y actualización permanente a profesionales pertenecientes a los equipos interdisciplinarios de las distintas unidades especializadas del PPMI. Elabora convenios y acuerdos con instituciones, supervisa proyectos de investigación, interviene en la conformación y fortalecimiento de redes territoriales, por la importancia que éstas revisten para el PPMI.

Departamento de Bioestadística y Epidemiología se ocupa de la capacitación específica de la herramienta en los efectores propios a fin de que puedan ingresar al sistema y procesar los datos provenientes de las Unidades Territoriales, de las Línea de los Chicos, del Departamento de Prevención y Capacitación y del Departamento Técnico Jurídico.

La División de Administración y Personal, se encarga del armado de expedientes y todo tipo de tramitaciones, respecto a su especificidad.

### **3.3.3 Marco legal**

La aprobación de la Ley Provincial N° 6354 de Niñez y Adolescencia en el año 1995, brindó el marco legal específico para los nuevos lineamientos:

-La creación de un Órgano Centralizador para la toma de denuncias de malos tratos y un registro para proporcionar a los profesionales antecedentes del caso, como por ejemplo: la reiteración de estas situaciones.

-La creación de Centros Especializados Interdisciplinarios para el tratamiento del niño y su familia.

Esta ley junto con la Ley Provincial 6551, abrieron al campo la posibilidad de tratamiento en la especificidad del maltrato infanto-juvenil.

Ambas fueron sancionadas en concordancia con la legislación internacional, teniendo en cuenta el nuevo paradigma: la Protección Integral y el Interés Superior del Niño; y en un todo de acuerdo con lo dispuesto por la Convención Internacional de los Derechos de los Niños.

Dicha convención, instaura la Doctrina de la Protección Integral de Niños, niñas y adolescentes, dejando de lado la Doctrina de la Situación Irregular. Se prioriza el Interés Superior del niño, en toda la política estatal o privada. Principios, que más tarde, serían el sustento de la Ley Nacional N°26061, de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Se concibe a la familia como el ámbito prioritario donde los chicos deben crecer y desarrollarse, y a sus miembros adultos como responsables primarios del cumplimiento de sus derechos. Por su parte reserva al Estado en primer lugar, el deber de prestar asistencia y orientación a la familia para que pueda cumplir sus funciones y sólo en último término, la facultad de intervenir cuando ésta resulte incapaz de garantizar los derechos del niño.

Considera a los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos. Esto orienta y limita el poder de intervención de los adultos y del Estado en la vida de los NNyA, exigiendo que ante cualquier conflicto que los involucre, las medidas que se adopten para resolverlo tengan en cuenta prioritariamente el interés del niño, niña o adolescente, y por lo tanto, el cumplimiento integral de sus derechos. El carácter integral se vincula con la necesidad de abarcar todos los ámbitos de la vida y el desarrollo de los chicos: físico, psíquico, moral y espiritual.

La Ley N°26061 identifica todos aquellos derechos que gozan específicamente los niños, niñas y adolescentes por su condición de tales. Es decir, aquellos que prevén sus necesidades especiales de protección y cuidado, en armonía con la progresiva adquisición de su autonomía. Cuando se alude a Interés Superior, el mismo dispositivo legal lo aclara en el Art. 3° " ....se entiende como interés superior del niño, niña o adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley"

### 3.3.4 Circuito de actuación.

El Programa recibe denuncias de situaciones de maltrato a la niñez y adolescencia, es decir, que el maltrato está dirigido hacia un niño o adolescente de 0 a 18 años.

- Las situaciones pueden ingresar a través de diversas vías:
- Denuncia al 102
- Demanda espontánea
- Por oficio judicial o pedido del Órgano Administrativo Local (OAL)
- Por interconsultas generadas a partir de diversos efectores de salud u otras instituciones del medio
- Servicios de internación de los distintos hospitales de la provincia

Una vez recibida la solicitud de intervención ante la sospecha o certeza de algún tipo de maltrato se procede de la siguiente manera:

- Fases de la atención:

1. Evaluación de la situación de maltrato: es previa a cualquier tipo de intervención y se orienta a determinar la existencia, tipo y gravedad del maltrato y el nivel de riesgo que presenta el niño. Asimismo permite evaluar la urgencia y prioridad que debe asignarse al caso para su incorporación al programa.

Respecto al riesgo, se considera:

- Riesgo Inmediato: cuando la denuncia de maltrato infanto-juvenil intrafamiliar requiere una intervención y verificación urgente, ya que se está produciendo una situación de maltrato en ese momento. En ese caso se da intervención al OAL

- Riesgo Mediato: cuando la denuncia es por una situación de maltrato infanto-juvenil intrafamiliar que no se está dando en el momento del llamado. Cuando la denuncia ingresa al Programa se deriva para la verificación e intervención de la Unidad Especializada Departamental (UED) correspondiente de acuerdo al domicilio de la víctima para el diagnóstico.

2. Los profesionales de cada Unidad (UED) al recibir la denuncia o interconsulta realizan una visita domiciliaria para verificar la información recibida. Dejan una citación para que la familia asista al efector a una entrevista de admisión interdisciplinaria. La misma, la realiza un equipo interdisciplinario para evaluar la veracidad de la información recibida, los factores de riesgo y factores protectores, los vínculos intrafamiliares, modalidad de comunicación, entre otros.

3. Evaluada la situación de maltrato, hay varias posibilidades:

- Se desestima la denuncia ya sea por datos falsos o porque no se detectan parámetros de riesgo

- Se corrobora lo denunciado, se realiza un encuadre diagnóstico para comenzar un tratamiento, con prevalencia psicológica, médica y/o social según el caso lo requiera.

- Si se encuentran factores de riesgo pero no de maltrato intrafamiliar, se deriva y coordina con otras instituciones.

En cualquiera de las instancias mencionadas puede ser necesaria la comunicación con el OAL para su mejor resolución, con los Juzgados de Familia en caso de que los mismos ya hayan intervenido previamente o con otras instituciones con incumbencias en la temática.

Esto hace posible definir y tomar las medidas necesarias para asegurar la protección del niño que menos lo dañe y facilite el trabajo con la familia. Como prioridad, se busca en lo

posible no alejar al niño de su entorno familiar, sobre todo si se ha detectado alguna figura protectora (tíos, abuelos, hermanos mayores, etc.)

Para ello se deben establecer:

- Controles regulares por el equipo: al principio semanales y luego más espaciados según el caso.
- Entrevistas domiciliarias, que aseguren el seguimiento.
- Apoyo al niño y su familiar durante la crisis: implica contener emocionalmente al grupo, informar, orientar, derivar, tratar.

Si estas medidas resultaran insuficientes, deben complementarse con otras como:

- Alejamiento o exclusión del hogar del agresor, y solo cuando la permanencia del niño en el hogar no fuese conveniente se debe privilegiar su permanencia con personas de redes sociales cercanas: vecinos, parientes, amigos.
- Sólo cuando la protección de la víctima no pueda ser garantizada con las medidas anteriores, debe procederse a su institucionalización y /o judicialización.

# **SEGUNDA PARTE:**

# **Metodología**

# Capítulo 1:

# Método y Procedimiento

## 1. Introducción

En este capítulo nos ocuparemos de la metodología adoptada en este estudio. Por lo tanto se expondrán los objetivos, enfoque, alcance y diseño de investigación, las características de la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento de recolección de datos y el análisis de los mismos.



## **2. Objetivos de investigación.**

### **2.1 Objetivo general:**

- Evaluar los índices de Burnout e Inteligencia emocional de los profesionales que se encuentran trabajando en los efectores públicos del Programa de Atención y Prevención al Maltrato Infantil (PPMI).

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Describir los índices de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de los profesionales del PPMI.
- Conocer el índice de inteligencia emocional de los profesionales de los equipos de salud del PPMI.
- Elaborar sugerencias para el cuidado de la salud emocional de los profesionales que componen los equipos del PPMI.

## **3. Método**

### **3.1 Enfoque**

Durante el presente estudio se trabajará desde un enfoque cuantitativo, ya que se llevará a cabo una recolección y análisis de datos, de medición numérica, para contestar los objetivos de investigación. Asimismo, se hará uso de la estadística para establecer y describir con la mayor exactitud posible los patrones de comportamiento de la muestra seleccionada (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, 2010).

### **3.2 Tipo de estudio**

Este estudio será descriptivo, ya que se medirán las variables (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, 2010), asociadas al Burnout e Inteligencia Emocional, de un grupo de profesionales del PPMI. De esta manera se podrá describir cómo se presentan estas variables en la muestra seleccionada.

### **3.3 Diseño de investigación**

El diseño de este estudio corresponde a una investigación no experimental, ya que no se manipularan deliberadamente ninguna de las variables, sino que se observarán los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para luego analizarlos y describirlos. Estos fenómenos serán observados en un momento determinado, es decir, un momento único, por lo tanto este diseño experimental será de tipo transversal (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, 2010).

### **3.4 Selección de la muestra**

La muestra será no probabilística, pues se busca entender el fenómeno de estudio y responder a las preguntas de investigación, sin intentar generalizar los resultados, (Hernández Sampieri et al., 2010).

La elección fue intencional, y se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser profesional de la salud
- Deben desempeñarse en los equipos interdisciplinarios, de los efectores públicos de salud del PPMI
- Antigüedad mayor o igual a 3 años en la atención de problemáticas de maltrato infanto juvenil
- Rol activo en la atención, diagnóstico y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes víctimas de algún tipo de maltrato y seguimiento y/u orientación al grupo familiar.

## 4. Instrumentos

### 4.1 Escala de factores sociodemográficos.

Esta es una escala ad hoc, elaborada para los fines de dicha investigación, es autoadministrable, a partir de la cual se busca recabar información acerca de edad, sexo, estado civil, si tiene o no hijos y cantidad, profesión, efector al que pertenece, años de trabajo en la temática y cantidad de horas semanales en el efector (anexos).

### 4.2 Inventario de Burnout

Se utilizó la versión adaptada de Hein (2005), compuesta por 27 ítems, que obtuvo una confiabilidad aceptable a través del alfa de Cronbach, de 0,789. A la versión original de los ítems de la subescala de despersonalización se agregaron cinco ítems para mejorar la consistencia interna de la misma; estos nuevos ítems fueron contruidos por la autora de esta investigación y son los siguientes: *mantengo un trato impersonal y distante con algunas personas a las que doy servicio; algunas circunstancias de mi trabajo me llevan a ser emocionalmente frío con las personas; creo que me cuesta ponerme en el lugar de las otras personas; debido a mi profesión construyo una barrera protectora que me distancia de algunas personas a las que doy servicio; y siento que en mi trabajo trato los problemas de las personas con un poco de frialdad.*

Los ítems evalúan con qué frecuencia el sujeto experimenta cada una de las situaciones, las mismas enuncian sentimientos y pensamientos en relación con su interacción con el trabajo. Para su evaluación se utiliza el sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles de 0 a 6 (0 = nunca; 1 = pocas veces al año o menos; 2 = una vez al mes o menos; 3 = unas pocas veces al mes; 4 = una vez a la semana; 5 = pocas veces a la semana; 6 = todos los días).

El cansancio emocional (CE): conformado 9 por ítems, explora el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, entre mayor puntuación obtenida en estos ítems, mayor el riesgo experimentado por el sujeto. La despersonalización (DP): consta de 10 ítems, supone el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y distantes hacia los destinatarios de los servicios que se prestan. Mediante esta actitud el sujeto trata de aislarse para protegerse de la falta de energía emocional, tratando a los demás como objetos o números más que como personas. Esta escala también es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La realización personal (RP): conformado por 8 ítems, éste sentimiento surge al comprobar que las demandas que se le hacen al trabajador exceden de su capacidad para atenderlas, junto a la percepción de inexistencia de posibilidades de promoción personal. Esto produce una disminución de las expectativas personales y una evaluación negativa de uno mismo con sentimientos de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima. Es inversamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir a menor puntuación en realización y logros laborales, más afectado o mayor riesgo presenta el sujeto.

Los ítems que corresponden a cada una de las dimensiones mencionadas son los siguientes:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 15, 17,21.
- Despersonalización: 5, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 22, 24,25.
- Realización personal: 4, 7, 10, 13, 18, 23, 26,27.

Para la corrección del cuestionario, se procede sumando el número que se corresponde a la frecuencia que el individuo ha dado a cada afirmación, para cada una de las dimensiones del síndrome. Altas puntuaciones en las subescalas cansancio emocional y despersonalización, y baja puntuaciones en la escala realización profesional muestran un alto grado de burnout. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, y de altas puntuaciones en la de realización personal son indicativas de un bajo grado de burnout.

Las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentil para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría alto. Entre el percentil 25 y 75 medio y por debajo del percentil 25, en la categoría bajo (Maslach y Jackson, 1997).

### **4.3 Inventario de Inteligencia Emocional**

Inventario de Inteligencia Emocional de Baron (I-CE), con adecuada validez interna y la consistencia de sus subescalas oscila entre 0,69 y 0,86. Es un inventario amplio, que consta de 133 enunciados, que abarcan múltiples competencias emocionales y sociales. Su evaluación es mediante un formato de respuesta tipo Likert de autoclasificación de cinco puntos: a) rara vez o nunca es mi caso; b) pocas veces es mi caso; c) a veces es mi caso; d) muchas veces es mi caso; y e) con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

Está compuesta por cinco factores generales, que se descomponen en un total de 15 subescalas: 1) inteligencia intrapersonal, evalúa las habilidades de autoconciencia-emocional, autoestima personal, asertividad, auto-actualización e independencia; 2) inteligencia interpersonal, que comprende las subescalas de empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social; 3) adaptación, que incluye las habilidades de solución de problemas, comprobación de la realidad y flexibilidad; 4) gestión del estrés, compuesta por las subescalas de tolerancia al estrés y control de impulsos y 5) humor general, integrada por las subescalas de felicidad y optimismo. Además, el inventario incluye 4 indicadores de validez que miden el grado con que los sujetos responden al azar o distorsionan sus respuestas y cuyo objetivo es reducir el efecto de deseabilidad social e incrementar la seguridad de los resultados obtenidos.

Para su corrección se suman las puntuaciones de cada factor y se obtiene una puntuación total, la cual refleja su IE general, así como indicadores individuales para cada una de las cinco dimensiones de orden superior. Bar-On informa que todas las escalas muestran evidencias de adecuada validez, la consistencia interna de sus subescalas oscila entre 0,69 y 0,86.

## **5. Procedimiento**

- Luego de haber realizado las Prácticas Profesionales Supervisadas del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología, en tres efectores de salud de los quipos interdisciplinarios del Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato Infantil, es que surgió el interés en trabajar con los profesionales de dichos equipos.
- En el mes de Febrero, se solicitó en la Universidad del Aconcagua- Facultad de Psicología, el seguro para comenzar con el trabajo de campo de dicha investigación.
- Dado que ya se contaba con algunos contactos de los profesionales, es que el primer acercamiento fue telefónico con la o el referente del equipo, con el fin de acordar un día y hora para establecer un encuentro; el mismo en su mayoría se llevó a cabo en el mismo efector, cuya finalidad era explicar de manera detallada a todo el equipo, la investigación que se estaba realizando, sus objetivos, como así también sus procedimientos y métodos a utilizar, e invitarlos a participar.
- Una vez aceptada la invitación, se procedió a entregar el consentimiento informado, para ser leído y firmado. Luego se hizo entrega de los cuestionarios.
- Con el fin, de abarcar la mayor cantidad de departamentos en donde tienen sus espacios los efectores del PPMI, es que algunos de los profesionales son del Valle de Uco, por lo que el contacto con ellos se mantuvo vía e-mail.
- Una vez obtenidos los datos, los mismos se cargaron a una planilla del programa Microsoft Excel 2010. Más tarde se procedió a cargar estos datos en el programa IBM SPSS Statistics 20, con el cual fueron analizados descriptivamente. Esto dio como resultado las tablas y gráficos que se expondrán más adelante.

## **6. Análisis de los datos**

Como se mencionó anteriormente, para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics 20. Se aplicaron nociones propias de la estadística descriptiva, se generaron tablas de distribución de frecuencias y se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad.

## Capítulo 2:

# Presentación y discusión de resultados

## 1. Introducción

A lo largo de este capítulo se expondrán los resultados obtenidos del análisis de datos realizado a partir del programa estadístico IBM SPSS Statistics 20. Esto permitirá describir la muestra de forma detallada, de manera tal, que se puedan alcanzar los objetivos de este estudio. Así mismo, luego de la presentación de los resultados obtenidos, éstos se discutirán a la luz del marco teórico expuesto en la primer parte de este trabajo y los resultados de otras investigaciones concernientes a la temática.



## 2. Presentación de resultados

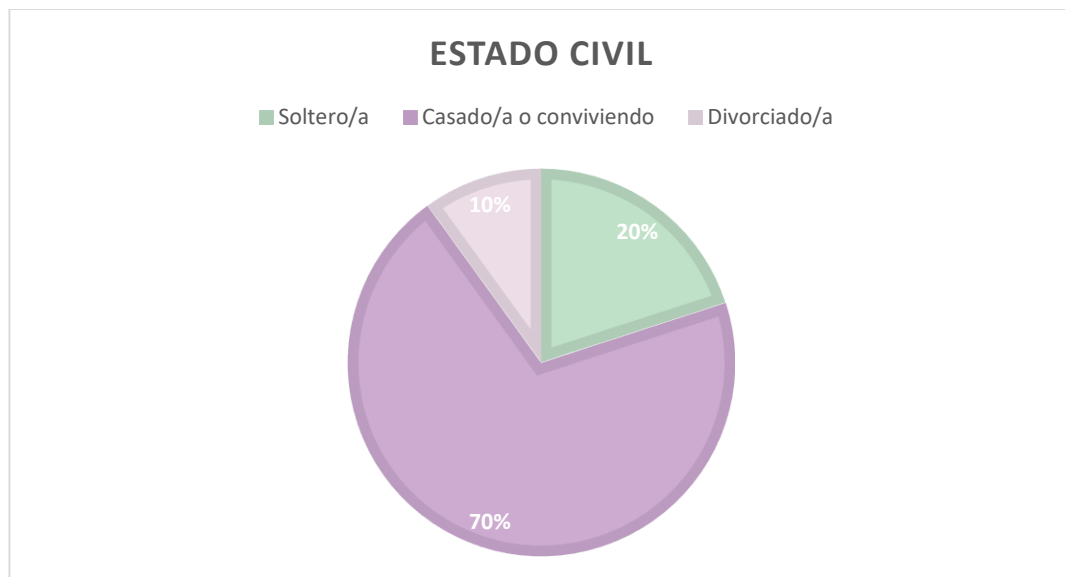
### 2.1. Características personales de la muestra

Se describirán las características personales de los 30 profesionales participantes de esta investigación, en la cual el 100% (n=30) son de género femenino y cuya edad oscila entre los 28 y 55 años, con una media de 40,27, (DE=7,339) años (Tabla 3).

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos según la *edad*

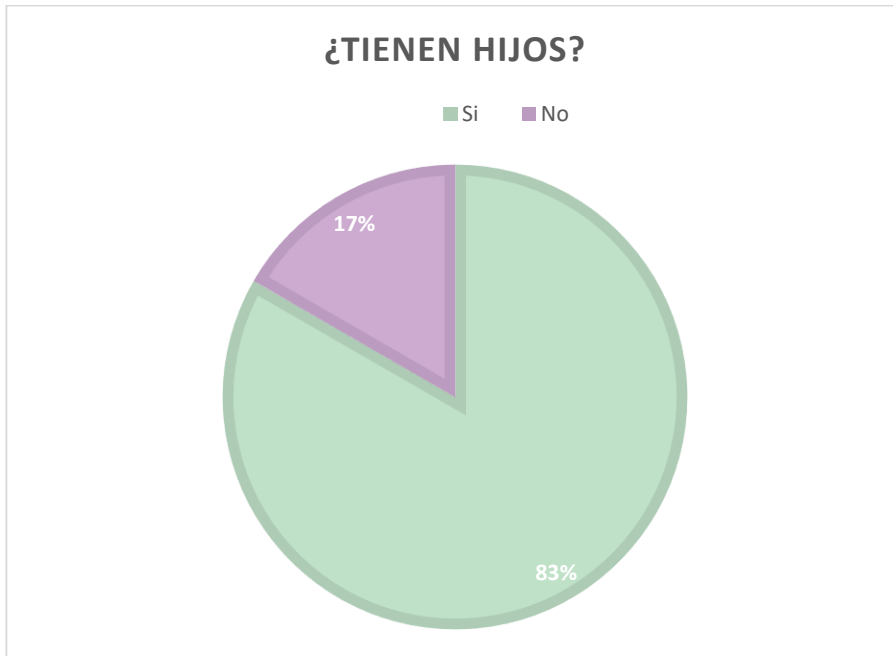
|      | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> |
|------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Edad | 40,27    | 7,339     | 28          | 55          |

De ellos, 21 (70%) de los participantes se encuentra casado o en convivencia, 6 (20%) soltero/a y el resto, 3 (10%) divorciados/a (Figura 1).

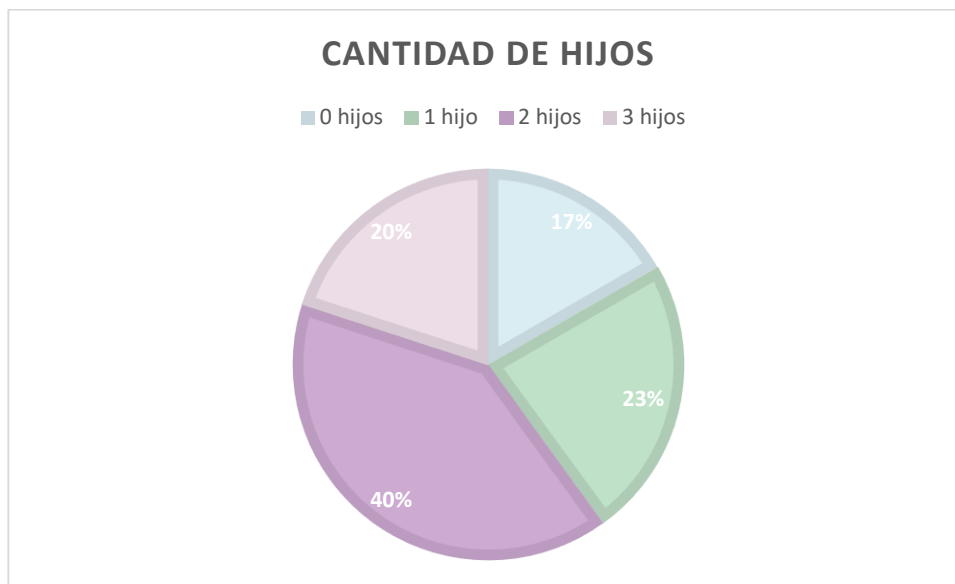


**Figura 1.** Distribución de frecuencias según *estado civil*

Del total de la muestra, el 83% (25 participantes) si tiene hijos, el resto (17%) no. De los 30 participantes, 12 (40%) tienen dos hijos, 7 (23%) sólo uno, 6 (20%) tres hijos y por último 5 (17%) no tienen (Figura 2) ( Figura 3)

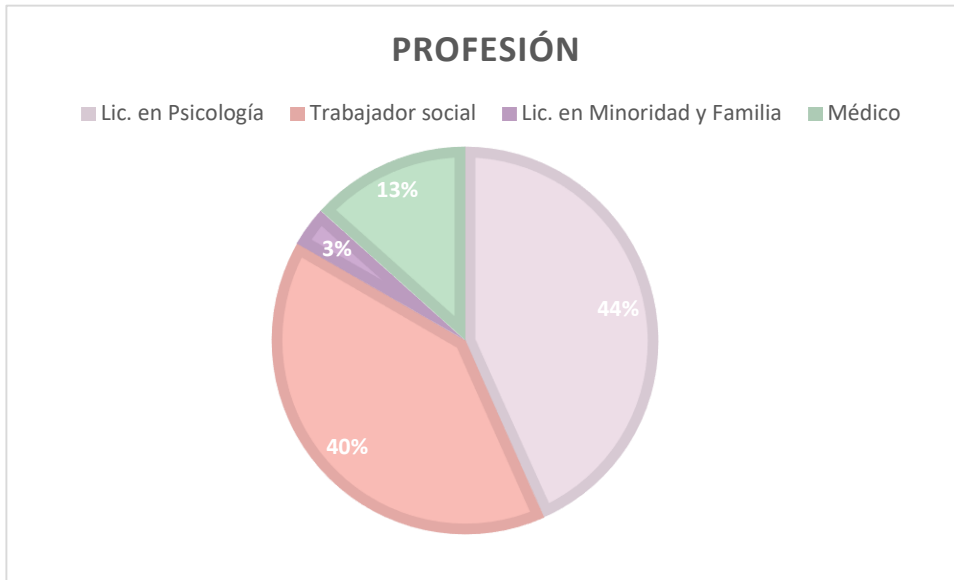


**Figura 2.** Distribución de frecuencias según *si tienen o no hijos*

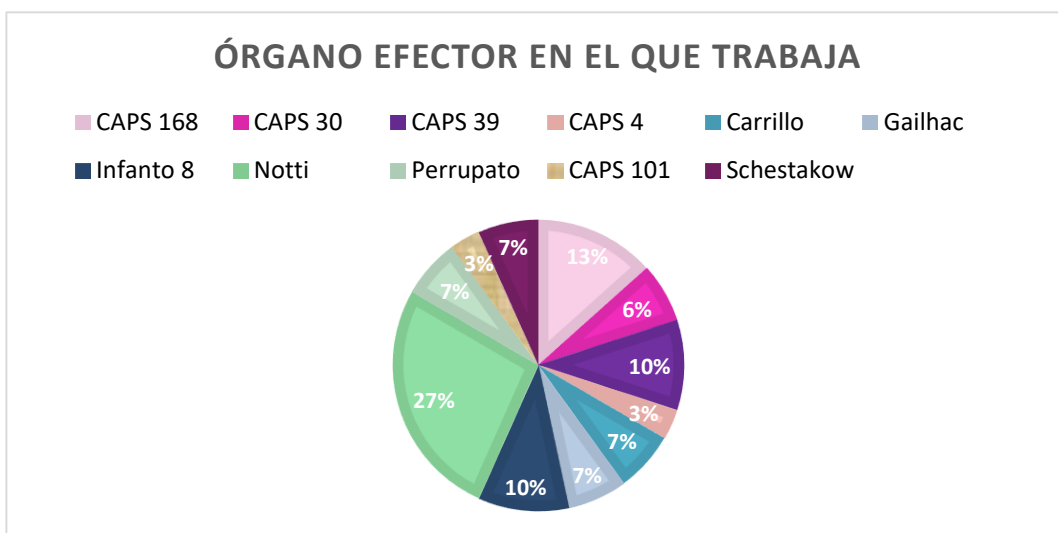


**Figura 3.** Distribución de frecuencias según la *cantidad de hijos*

De los profesionales participantes, 13 (43%) son Lic. en Psicología, 12 (40%) Lic. en Trabajo Social, 4 (13%) Médicos y sólo 1 participante Lic. en Minoridad y familia (Tabla 5) (Figura 4). Sus funciones son cumplidas en diferentes efectores de salud de Mendoza, del ámbito hospitalario, el 27% de los profesionales (n=8) pertenecen al Hospital Humberto Notti- Nivel III, 7% (n=2) Hospital Carrillo, otro 7% (n=2) del Hospital Gailhac, del Hospital Perrupato 7% (n=2) y Hospital Schestakow 7% (n=2). En Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), el 13% (n=4) pertenecen al CAPS N°168, 10% (n=3) al N°39, 7% (n=2) CAPS N°30 y 3% (n=1) del N°101. Y por último Infanto Juvenil N°8 el 10% de los participantes (n=3) (Figura 5).



**Figura 4.** Distribución de frecuencias según la *profesión*



**Figura 5.** Distribución de frecuencias según el *órgano efector en el que trabajan*

Como podemos observar, la mayoría de los profesionales que participaron son Psicólogos, esto en parte se debe a que en todo equipo interdisciplinario se contaba con al menos dos o tres Psicólogos, quienes tienen mayor carga horaria que el resto de los profesionales, esto podría deberse al objetivo de este espacio, un abordaje terapéutico enmarcado bajo un espacio de salud mental.

La cantidad de horas de trabajo semanales oscila entre 4 y 36 horas, una media de 22,40 (DE= 6,500) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos según cantidad de horas de trabajo semanales

|                            | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> |
|----------------------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Horas de trabajo semanales | 22,40    | 6,5       | 4           | 36          |

Respecto a los años de ejercicio en la temática, oscila entre los 3 y 22 años, cuya media es de 8,63, (DE=4,575) (Tabla 5)

**Tabla 5.** Estadísticos descriptivos según *cantidad de años de ejercicio profesional*

|                               | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> |
|-------------------------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Años de ejercicio profesional | 8,63     | 4,575     | 3           | 22          |

## **2.2 Descripción de las variables cansancio emocional, despersonalización y realización personal.**

Para responder al primer objetivo de este estudio, “describir los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal de los profesionales del PPMI”, se llevó a cabo una distribución percentilar intramuestra que permitió obtener los parámetros correspondientes a las subescalas del Síndrome de Burnout de los profesionales del PPMI.

De esta forma se pudo observar que: (Tabla 6)

- Para cansancio emocional al percentil 25 le corresponden los valores entre 0 - 11 puntos; al 50 valores entre 12 y 20,50 y para el percentil 75 un puntaje entre 21 a más.
- Para despersonalización al percentil 25 le corresponden valores entre 0 y 3; al percentil 50 entre 4 – 14,50 y al 75 puntajes entre 15 o más.
- Realización personal, sus valores son: percentil 25 entre 0 a 38; percentil 50 39 a 43,50; y para el 75 de 44 a más.

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos según *subescalas de Inventario Burnout*

| <i>Subescalas</i>    | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> | <i>Percentiles</i> |           |           |
|----------------------|----------|-----------|-------------|-------------|--------------------|-----------|-----------|
|                      |          |           |             |             | <i>25</i>          | <i>50</i> | <i>75</i> |
| Cansancio emocional  | 16,7     | 9,3       | 2           | 43          | 11                 | 15        | 21        |
| Despersonalización   | 10,5     | 10,173    | 0           | 44          | 3                  | 9         | 15        |
| Realización personal | 40,87    | 4,424     | 32          | 48          | 38                 | 42        | 44        |

Para llevar a cabo la evaluación y de esta manera conocer la cantidad de profesionales de nuestra muestra que se encuentra padeciendo el Síndrome de Burnout, se tomó como criterio el aportado por la autora Maslach, quien considera que: un sujeto con altas puntuaciones en Cansancio Emocional y Despersonalización y bajas puntuaciones en Realización Personal, es un sujeto que se encuentra padeciendo Burnout.

Por lo tanto se obtuvo que del total de la muestra (n=30) sólo 4 de ellos (13%) se encuentra padeciendo, al momento de la investigación, Burnout. (Tabla 7)

**Tabla 7.** Porcentaje de sujetos con riesgo de Burnout

|   | <i>N</i> |
|---|----------|
| Sujetos con presencia de indicadores de Burnout | 4 (13%)  |

### **2.3 Descripción del índice de Inteligencia Emocional**

Teniendo en cuenta nuestro segundo objetivo, conocer el índice de inteligencia emocional de los profesionales del PPMI, y considerando que no se encontraron baremos para la población argentina, es que también se llevó a cabo una distribución percentilar intramuestra de los resultados arrojados por el cuestionario.

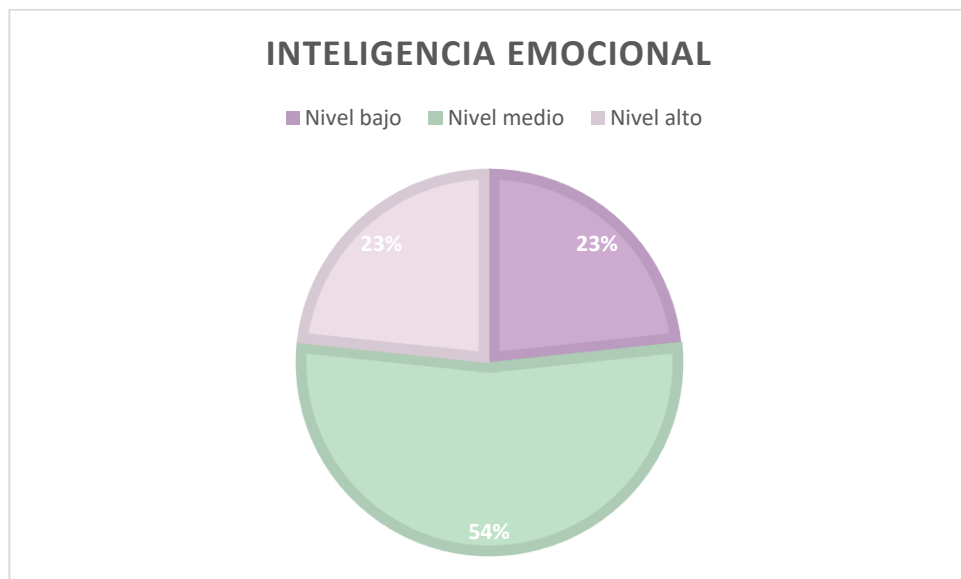
- Al percentil 25, le corresponden los valores hallados entre 0 a 359,50
- Percentil 50, valores desde 359,51 a 389,24
- Y al percentil 75, desde 389,25 en adelante (Tabla 8)

La media del índice de IE es de 371,23 y su desviación estándar 38,649. El 53% de la muestra obtuvo un puntaje que se encuentra en un nivel medio de inteligencia emocional.

Por lo tanto, podríamos concluir, que el índice de IE de la muestra estudiada se encuentra en el percentil 50, cuyos valores se estiman que son entre 359,51 y 381,5. El valor mínimo de IE hallado en la muestra es de 219 y el valor máximo 421.

**Tabla 8.** Estadísticos descriptivos según *inteligencia emocional*

|                        | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> | <i>Percentiles</i> |       |        |
|------------------------|----------|-----------|-------------|-------------|--------------------|-------|--------|
|                        |          |           |             |             | 25                 | 50    | 75     |
| Inteligencia emocional | 371,23   | 38,649    | 219         | 421         | 359,5              | 381,5 | 389,25 |



**Figura 6.** Distribución de frecuencias según los *niveles de inteligencia emocional*

Los puntajes brutos de IE en nuestra muestra son altos, por lo que estaríamos hablando una capacidad emocional bien desarrollada, es por esto que podríamos afirmar que los profesionales del PPMI participantes de esta investigación, poseen una gran variedad de aptitudes, habilidades, y competencias emocionales, que estaría siendo desarrolladas y utilizadas en su labor profesional.



Este factor podría estar cumpliendo la función de amortiguador ante la demanda, exigencia e impacto que genera trabajar en la temática del maltrato infanto juvenil.

### **3. Análisis de los resultados**

Para finalizar este proceso, se interpretaran los resultados del MBI tomando como referencia el criterio establecido por las autoras C. Maslach y S. E. Jackson, que consiste en una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados.

Para su uso es necesario recordar que altas puntuaciones en las subescalas de Cansancio Emocional y de Despersonalización, y bajas puntuaciones en la subescala de Realización Personal son propias de una persona con el síndrome de Burnout. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de CE y DP, y de altas puntuaciones en la de RP son indicativas de un bajo grado de Burnout.

Se analizaran los datos obtenidos a partir de los objetivos planteados al inicio de este trabajo de investigación, ellos fueron:

- **Describir los índices de las subescalas de Burnout**

De acuerdo al grado de exigencia de una situación laboral, como de las estrategias que las personas instrumenten en esos momentos, existe la posibilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout. La ocurrencia de este síndrome en alguna de estas tareas es más predisponente en aquellas personas cuyo trabajo implica brindar servicios y en consecuencia, relacionarse con otros en una determinada Institución.

En nuestra investigación solo 4 profesionales, 13% de la muestra, cumplieron los requisitos para afirmar que padecen Burnout, esto nos hace pensar en algunos síntomas como:

- A nivel psicológico emocional: apatía, poca tolerancia, desmotivación, irritación;
- A nivel conductual: conductas de evitación como absentismo, rotación, desorganización, conductas desadaptativas,
- En cuanto a las relaciones interpersonales conductas antisociales, aislamiento, evitación;
- A nivel cognitivo: falta de expectativas, pérdida de significado, autoconcepto distorcionado.
- A esto pueden sumarse algunos síntomas a nivel físico como: trastorno en el sueño, en la alimentación, en el ciclo menstrual en mujeres.
- Todo esto puede llevar al consumo de fármacos para reducir los síntomas.

Los resultados arrojados en las categorías o subescalas de Burnout de estos profesionales nos hace pensar que se encuentran emocionalmente cansados, su puntuación alta en la categoría “Despersonalización” nos indicaría que este grupo presentaría una tendencia por encima de la media, a desarrollar sentimientos negativos y a tener actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias de sus servicios, y una baja puntuación en Realización Personal indicaría que existe una tendencia a evaluarse negativamente así mismo y al trabajo.

Son diversos los factores que pueden desencadenar este tipo de síntomas y llegar al padecimiento del Síndrome, algunos son propios de la estructura y características de personalidad y otros dependen del contexto organizacional- laboral.

Desde el punto de vista laboral, se conoce que el trabajo puede tener implicancias psicosociales positivas y negativas, dependiendo de su naturaleza y condiciones en las que se dé. Las primeras, permiten a la persona realizarse por medio del trabajo, dando un sentido a sus vidas y ser creativas. Además brindan estatus y prestigio social. Constituyendo, también, una importante fuente de identidad personal y social. Las

implicancias negativas, son condiciones psicosociales disfuncionales para las personas, por ejemplo, el trabajo repetitivo, deshumanizante, humillante, monótono y que no potencia la autonomía personal (Imperiale,2009).

Para el Instituto Nacional Ocupacional de Seguridad y Salud, el factor estresante principal es la propia naturaleza del trabajo que, en ocasiones, carece de experiencias positivas y, en otras, presenta un exceso de aspectos laborales negativos, como la falta de seguridad, situaciones de riesgo o peligro, o un excesivo número de horas de trabajo. En nuestro caso, los profesionales se exponen a la escucha permanente de situaciones de riesgo, traumáticas y de gran impacto emocional, frente a las cuales los mismos tienen que tomar medidas, algunas veces de manera urgente.

Desde una perspectiva complementaria, el informe titulado “La organización del trabajo y el estrés”, publicado por la OMS (2004), define así el estrés laboral: “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para enfrentar la situación” (p. 3). También afirma que “se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan” (OMS, 2010, p. 11).

Barudy (2000) plantea que la vivencia de desgaste profesional no debe ser explicada de una manera reductora por el contenido de la temática, sino también como el resultado de la escasez de recursos y las malas condiciones de trabajo, a lo que hay que agregar las innumerables paradojas a las que su trabajo les enfrenta, así como a las expectativas exageradas de las instituciones y opinión pública.

Aquí podríamos mencionar aquellos factores que Horacio Cairo considera como posibles desencadenantes del síndrome, y que, como podemos observar, son comunes con los aportes anteriormente mencionados:

- El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales: la mayor visibilización de la violencia y el crecimiento de las campañas de concientización en la promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes, ha incrementado el número de denuncias recibidas y con ello la demanda

de atención a este programa (PPMI), por ende varios efectores se han visto limitados tanto en el tiempo para dar respuesta a esta demanda como así también en recurso humano; como resultado tenemos equipos de profesionales que se encuentran sobre-exigidos y saturados de trabajo y en ocasiones, profesionales realizando horas extras (las cuales no son rentadas) a fin de poder cumplir con su trabajo.

- Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización: en ocasiones los profesionales encuentran una barrera en la continuidad del tratamiento o, mucho antes de eso, en el diagnóstico, esto se debe a la resistencia de la familia a llevar acabo el abordaje ya sea porque minimizan la situación, la niegan o se sienten juzgados, o también por poca adherencia al tratamiento ante la no evidencia de cambios o resultados positivos. Esto no solo genera algún tipo de tensión sino también sentimiento de impotencia dado que como profesionales se ven impedidos a “ayudar” a ese niño/a o adolescente por decisión de los adultos que los acompañan.

- Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas: son diversas las instituciones u organismos que tienen incumbencias y responden cuando algún derecho de un niño/a o adolescente se ha vulnerado (OAL, Dinaf, PPMI) por lo tanto los equipos de profesionales de estas instituciones trabajan en equipo de forma coordinada y articulada entre sí, para dar respuesta a un fenómeno complejo como es el maltrato. Esta modalidad de trabajo en ocasiones genera entre ellos roces, diferencias no habladas que muchas veces se ve generada por un no acuerdo o puesta en común de los alcances, limitaciones y objetivos de las intervenciones de cada equipo de trabajo.

A pesar de estos aspectos negativos en la dinámica laboral, el 87% de los profesionales obtuvieron puntajes de moderado a alto en Realización Personal, lo que da cuenta de sentimientos de satisfacción laboral, competencia y éxito laboral. Esto podría estar siendo posible por el componente de la IE “automotivación”, dado que el poder enfocar las emociones hacia objetivos y metas, les podría estar permitiendo mantener la motivación y establecer la atención en las metas en vez de los obstáculos. Puede que entre este grupo de profesionales, alguno de ellos se sienta cansado pero tal cansancio no traería aparejado consecuencias como la insatisfacción respecto a los resultados laborales.

Estudios sobre Burnout o desgaste laboral, han evidenciado que la gravedad de este cuadro dependería de la interacción entre las condiciones del contexto laboral y los recursos de adaptación con los que cuenta cada persona, para el afrontamiento de las

diferentes situaciones. (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Gómez-Benito, 2004).

En investigaciones se puede observar como factor común la incidencia y predisposición que tienen las profesiones asistenciales, especialmente médicos, enfermeros y en educación los maestros, a padecer Burnout, sin embargo, como mencionamos anteriormente, el 87% de nuestra muestra no presento indicadores compatibles con el padecimiento del Síndrome, lo cual deja en evidencia que la mayoría de los profesionales, que participaron de esta investigación, se encuentran saludables mental, física y emocionalmente.

Si bien en nuestra investigación no se utilizó como instrumento la entrevista, en el encuentro con los profesionales, algunos de ellos comentaron y expresaron parte de su práctica en el efector, y de ello se pudieron rescatar algunos factores protectores, reconocidos por ellos mismos, como son: el trabajo en equipo, la solidez y heterogeneidad con que están constituidos los equipos de trabajo y la actividad interdisciplinaria. Dichos factores amortiguarían el peso de las exigencias, presiones y demandas que sentirían en el trabajo y trato interinstitucional que la temática requiere.

En una investigación realizada con profesionales que componen un equipo interdisciplinario dedicado al estudio y atención integral al maltrato infantil, se observó que la modalidad de trabajo interdisciplinaria, y la versatilidad laboral, es decir el desempeño profesional en más de un ámbito o área laboral (docencia, investigación, clínica) lo que permite variaciones en el rol, funcionarían como factores protectores que impedirían la saturación laboral y por ende el desarrollo de Burnout (Gonzalez- García, Suárez-Rodríguez, Loredó- Abdala, 2011).

Las consecuencias del estrés en las profesiones sanitarias son especialmente graves y visibles por la constante exposición pública de su trabajo y el factor añadido de su vocación de servicio. La relación profesional con el paciente no es fácil y requiere una serie de herramientas, de competencias, habilidades y actitudes por parte del personal sanitario. Además, el profesional tiene que saber establecer la distancia terapéutica necesaria con el paciente sin, por ello, perder empatía y compromiso.

En este sentido, desde un enfoque de la psicología positiva, resulta fundamental considerar el estudio de los recursos personales con que podrían contar los profesionales, tanto para disminuir como para prevenir el desarrollo de dicho síndrome.

- **Conocer el índice de Inteligencia Emocional de los profesionales del PPMI**

Nuestra investigación se centró en evaluar la Inteligencia Emocional, para conocer la relación o influencia ante el padecimiento de Burnout. Pareciera que de las habilidades emocionales, la inteligencia emocional, está adquiriendo cada vez más importancia en el área laboral (Berrios-Martos, Landa y AguilarLuzón, 2006), podría jugar un rol fundamental en la disminución del impacto de situaciones altamente estresantes (Morante-Benadero, 2007), como así también en la eficacia laboral y social (Limonero et al., 2004).

La importancia de la inteligencia emocional en el ámbito laboral es indiscutible, ya que está estadísticamente demostrado que el éxito y la eficacia laboral depende en un 20% de las competencias técnicas que poseen los profesionales y un 80% de este éxito depende del nivel de competencias emocionales y sociales que tengan dichos profesionales (Goleman, 1990). Esto no solo repercute en el éxito o la eficacia laboral; diversos estudios revelan que la inteligencia emocional es un factor protector frente a las situaciones estresantes (Augusto-Landa, López-Zafra, Berrios-Martos y AguilarLuzón, 2008), además de ayudar a incrementar la resistencia al estrés (Luminet, Vermeulen, Demaret, Taylor y Bagby, 2006).

Estos resultados indican que los sujetos con altas competencias socio-emocionales valoran las situaciones estresantes como menos amenazantes y, por ende, presentan mayor eficacia personal y disponen de mayor capacidad de adaptación. Por lo tanto, resulta evidente la necesidad de trabajar esas competencias socio-emocionales dentro del contexto organizacional.

En la muestra de nuestra investigación, se pudo observar puntaje alto en el índice de IE, lo que da cuenta de un buen desarrollo de las habilidades, competencias y aptitudes cognitivas concernientes a las emociones. Podríamos pensar que esta variable, IE, es lo que les ha ayudado a este grupo de profesionales a no desarrollar algún síntoma compatible con Burnout, especialmente aquellos asociados al Cansancio Emocional. Específicamente, el poder identificar y gestionar las emociones de uno mismo y el empatizar hacia los demás, permite razonar o reflexionar de manera más efectiva e inteligente, acerca de una situación problemática (Iberrota,2009; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai,1995). Podríamos pensar que

Respecto a los equipos de trabajo, los estudios indican que la habilidad para regular emociones puede ayudar al equipo a desempeñar de manera efectiva la tarea y a tomar decisiones adecuadas bajo presión. Además, contribuye a reducir el Burnout en los empleados y les ayuda a mantenerse motivados durante períodos estresantes de cambios en la organización. Algunos de los equipos de profesionales que participaron de esta investigación expresaron algunas quejas respecto al lugar físico de trabajo y la relación con quienes comparten ese espacio; sin embargo esto no parece influir en la relación con sus compañeros y tampoco al momento de desempeñarse, ya que se pudo observar compañerismo y buena predisposición a la hora de realizar las tareas pese al clima tenso y poco agradable que varios equipos estaban viviendo.

Por lo tanto podríamos afirmar que dicha variable, IE, es un factor protector, un recurso utilizado por los profesionales de nuestra muestra para prevenir el desgaste que podría ocasionar la atención a una temática compleja y de impacto, como es el maltrato; podríamos considerarlo un recurso que los estaría ayudando a enfrentar las diferentes situaciones problemáticas, que son expuestas por los usuarios de este programa de salud, reduciendo el grado de ansiedad y desgaste, permitiendo con esto un mejor rendimiento laboral.

En este sentido, la Autorregulación Emocional, componente que nos permite reflexionar y dominar nuestros sentimientos a fin de no dejarnos llevar por ellos, les estaría posibilitando a estos profesionales poder controlar aquellos sentimientos o emociones negativas a las cuales algunas veces se encuentran expuestos, ayudando con esto a no prolongar los sentimientos de irritabilidad, ansiedad, etc.

Dentro de la inteligencia emocional, la motivación es una habilidad que para prevenir el síndrome Burnout puede resultar fundamental, y es que al ser profesionales motivados se tendrá claro cuáles son las propias preferencias que ayudan a orientarnos y avanzar sobre los objetivos, ser efectivos y preservar frente a los contratiempos o frustraciones, que de no ser controladas desde su inicio, favorecerían la aparición del Burnout. Con la motivación, los profesionales son optimistas y consideran que los contratiempos se deben a circunstancias manejables antes que a fallas personales.

Investigadores en el área organizacional, destacan el valor de la inteligencia emocional y de la importancia de su desarrollo para el afrontamiento de la actividad laboral. Diversos estudios en este ámbito observaron que las personas que presentaban mayores niveles de inteligencia emocional, experimentaban menores niveles de estrés y mayor satisfacción laboral (Anadón-Revuelta, 2005; Augusto Landa, Barrios-Santos, López-Zafra y Aguilar-Luzón, 2006; Vera, Ravanal, Cancino, Carrasco, Contreras y Arteaga, 2007). Además poseían una gama más amplia de estrategias de afrontamiento y la capacidad de seleccionar las estrategias más adecuadas frente a una determinada situación problemática (Jordan, Ashkanasy y Hartel, 2002).

#### **4. Conclusiones y propuestas**

El principal objetivo que se planteaba al inicio del trabajo era conocer y describir los niveles de Burnout y de Inteligencia Emocional de los profesionales del PPMI. El estudio de las variables y los resultados arrojados nos hicieron conocer la importancia de la inteligencia emocional para reducir el síndrome Burnout en los trabajadores de la salud y así aumentar la calidad de la atención a los usuarios; de tal manera que, se realizó una revisión teórica acerca de la Inteligencia emocional y el Síndrome Burnout.

A lo largo del trabajo se ha podido comprobar que, el Síndrome de Burnout posee una alta incidencia entre profesionales dedicados a la asistencia y la ayuda, por lo que es vital entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo. Debido a sus consecuencias en el ambiente y en el rendimiento de las organizaciones, la prevención y tratamiento del Burnout desde la inteligencia emocional trascienden lo individual y permiten obtener beneficios significativos (mayores ingresos económicos, mejor trato al usuario, menor ausentismo, comunicación eficaz, bienestar consigo mismo y el entorno, muy buen ambiente laboral, motivación



puesta al servicio de metas, mejora el trabajo de equipo y relaciones efectivas con los usuarios, entre otras) para el centro de trabajo de los individuos afectados o en riesgo.

También se ha podido comprobar que los estudios sobre la inteligencia emocional y en especial, como medida para prevenir el Burnout, y en particular, sobre profesionales de los servicios sociales en general, son escasas; es un colectivo profesional al que se le ha identificado tradicionalmente como de riesgo y del que existe poca literatura científica al respecto.

Respondiendo a esta inquietud, y más concretamente a la comprobación de la relación de la inteligencia emocional con el Burnout como factor protector de la aparición de estrés, no se han encontrado variedad de investigaciones que proporcionen una referencia directa en los profesionales de la salud en la atención del maltrato infantil, lo que potencia la importancia del presente estudio. Si se han podido comprobar trabajos e investigaciones que han relacionado estas variables pero han centrado su atención en investigar la incidencia de la IE sobre el bienestar de los diferentes actores del sistema educativo, ámbito en el que si se ha encontrado estas evidencias (de los estudiantes (Extremera, Duran y Rey, 2007; Extremera y FernándezBerrocal, 2003 y 2004) en profesores de secundaria (Extremera, Fernández-Berrocal & Duran, 2003), docentes universitarios (Augusto-Landa, López-Zafra, Martínez y Pulido, 2006) y recientemente en profesorado de primaria (Pena & Extremera, 2012).

Partiendo de esto, y teniendo en cuenta los escasos estudios existentes, si se puede afirmar que la inteligencia emocional puede ser un factor protector en la aparición del Burnout y favorecerá altos niveles de ilusión por el trabajo.

Partimos de la base de que la IE, desde el modelo de Mayer y Salovey (1997), estudia la habilidad para procesar la información afectiva utilizando esta para guiar nuestras actividades cognitivas, centrar nuestra atención o focalizar nuestra energía para la solución de problemas (Salovey, Mayer y Caruso, 2002), lo cual facilita en el individuo un funcionamiento personal y social más adaptativo y, por lo tanto, mayores niveles de implicación e ilusión en el trabajo (Pena y Extremera, 2012). Esta situación es la que da sentido al presente trabajo, que parte de entender la importancia de la inteligencia

emocional como un recurso personal importante para percibir, asimilar y regular los estados de ánimo negativos y como factor protector contra la aparición del Burnout.

Apuntando estas relaciones, se hace necesario presentar las limitaciones del trabajo, especialmente en lo referido a la generalidad de los resultados que en el exponemos. Las conclusiones que se derivan de este trabajo no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas para describir características del grupo evaluado, ya que el método utilizado es de tipo intencional no probabilístico.

Partiendo de la necesidad de indagar sobre el tema, y con referencias poco consistentes en la literatura científica que avalen estos postulados específicamente en el colectivo de profesionales que se desempeñan en la atención al maltrato infantil, hemos avanzado de forma exploratoria en el conocimiento de la inteligencia emocional y el síndrome Burnout y la implicación de estos conceptos en el contexto de la atención al maltrato.

En mi opinión, se debe tomar como un acercamiento específico a la cuestión para poder desarrollar de una forma más precisa, con la ayuda de investigaciones científicas que permitan explorar resultados más concluyentes al respecto.

Focalizándonos en nuestra investigación y teniendo en cuenta la interpretación que la autora Maslach hace del Inventario de Burnout, el padecimiento del mismo se da por niveles elevados en las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajo nivel en Realización Personal; considerando los resultados arrojados en nuestra investigación, en la cual una proporción pequeña de nuestra muestra presentó indicadores compatibles con el padecimiento del Síndrome, creemos pertinente trabajar en la prevención a fin de que este porcentaje de profesionales no vaya en aumento, mediante estrategias individuales, grupales y organizacionales y con ello brindar un contexto socio-laboral más saludable y promover y/o mejorar la salud física, emocional y mental de los profesionales de la salud del PPMI. La necesidad de prevenir y afrontar el síndrome de burnout en profesionales de distintas disciplinas que se desempeñan en instituciones que asisten a víctimas de violencia familiar se nos impone como trabajadores de la salud mental, en tanto trabajar con esta problemática implica enfrentar a diario diferentes situaciones que requieren de un adecuado autocuidado.

Para responder a nuestro tercer objetivo de la investigación, es que a continuación se van a desarrollar algunas sugerencias teniendo en cuenta el aporte que hace Rodríguez y Sanz (2011) en cuanto a los objetivos a los que deben orientarse las Instituciones para ser consideradas como organizaciones responsables y saludables, emocionalmente inteligentes que colaboran y ayudan a prevenir el síndrome de Burnout:

✓ Disminución de las demandas:

- Ajustar tareas al tiempo disponible. Evitar sobrecarga y presión temporal. En ocasiones, La falta de ajuste con la estructura organizacional y la naturaleza de las tareas generan uno de los principales antecedentes del Burnout, la despersonalización de la profesión pues las funciones a desempeñar no son las esperadas, no se ajustan a la especificidad del rol profesional.
- Horarios de trabajo que permitan la conciliación laboral y familiar. Uno de los factores sociodemográficos que inciden en el síndrome burnout es el sexo, en el caso de mujer trabajadora, que a su vez es ama de casa, con lo cual la organización debe facilitar su vida laboral y familiar.
- No considerar las horas extra como parte del horario cuando se planifican las tareas.- Promover la implicación y el autodesarrollo profesional:
- Claridad en la definición de las tareas y variedad de las mismas.
- Autonomía en la organización del trabajo.
- Participación en la toma de decisiones.
- Oportunidades de desarrollo.
- Proporcionar valoraciones (feedback) sobre el proceso y los resultados.

✓ Políticas de conciliación vida laboral y personal:

- Flexibilidad temporal (horarios flexibles).
- Ofrecer actividades que ayuden a combatir el estrés: Ofrecer a los equipos de salud, el espacio y tiempo propicio para actividades recreativas, de esparcimiento y relajación, a través de dinámicas grupales que además fortalezcan las relaciones y vínculos entre
- los profesionales y los equipos, lo cual a posteriori podría ayudar al trabajo interdisciplinario en el espacio clínico.

✓ Formación

- Como estrategia preventiva, a los profesionales o equipos que recién se inician en la temática, brindar espacios de escucha y contención.
- Crear grupos de reflexión, en la cual los profesionales puedan contar con un espacio físico y emocional, que les dé la posibilidad de expresar aquellos sentimientos que les suele generar su trabajo.
- Formación en inteligencia emocional, que implica la mejora de entornos psicosociales, logrando una mayor eficacia y eficiencia, y reduciendo la posible aparición del síndrome burnout.
- Implementación de programas de aprendizaje socio-emocional, a fin de mejorar la capacidad de identificar y manejar emociones y adquirir mayores competencias para el autocuidado.
- Enseñar técnicas que permitan adquirir y mejorar estrategias individuales de afrontamiento.
- Ofrecer cursos sobre gestión del tiempo de trabajo, manejo y gestión del estrés y competencia emocional, implantar programas que ayuden al crecimiento personal y profesional, desarrollo de habilidades emocionales para saber enfrentarse de manera adecuada ante las circunstancias.
- Formación en ética, valores y principios. Tener presente el código deontológico de la profesión.

Los presumibles beneficios asociados a una intervención enfocada a conseguir los objetivos anteriormente propuestos, son los siguientes:

- Habrá fidelización de los usuarios, que recibirán un servicio de mayor calidad.
- Disminución del absentismo por causa del Síndrome Burnout.

- Potenciación del liderazgo compartido, mayor cohesión del grupo.
- Fortalecimiento de los equipos
- Mayor implicancia de las personas.

Si bien, la investigación ha arrojado datos que permiten ampliar el conocimiento de los factores estudiados, se deja abierta la posibilidad de investigar cuestiones relativas al presente trabajo, con el objetivo de profundizar más en la temática.

# TERCERA PARTE:

# Bibliografía y Anexos

## REFERENCIAS

- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 43-56.
- Argoti, E. E., Romero, J. A. M., & Porras, L. M. G. (2015). Relación de la inteligencia emocional con el desempeño laboral. *Ciencia & Salud*, 3(11), 41-46.

- Arón, A. M. & Llanos, M. T. (2001). Desgaste profesional. En A. M. Arón, (Ed.), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo* (pp. 67-103). Santiago: Galdoc.
- Ávila Toscano, J., & Gómez Hernández, L., & Montiel Salgado, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15), 39-51.
- BarOn, R. (1997b). BarOn Emotiona IQotient Inventory. Technical manual. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Barría, J. (2011). Síndrome de burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana. *Psykhé*, 12(1).
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil y ecología social: Prevención y reparación*. Barcelona: Paidós
- Benevides Pereira, A., & Moreno-Jiménez, B., & Garrosa Hernández, E., & Gonzalez Gutiérrez, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el "inventario de Burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13 (3), 257-283
- Bermúdez, M., & Teva Álvarez, I., & Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2 (1), 27-32.
- Cadelago de Stagni, M. E. (2014). Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. En Quintero, M. V.; Marsonet, M. B. y Vitaliti, M. V. (Comp.), *Miradas y Experiencias Interdisciplinarias* (pp 18-36). Mendoza: Cauquen.
- Cañadas-de la Fuente, G., & San Luis, C., & Lozano, L., & Vargas, C., & García, I., & de la Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46 (1), 44-52.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- González-García, N., & Suárez-Rodríguez, K., & Loredó-Abdalá, A. (2011). Síndrome de desgaste laboral (burnout). ¿Un riesgo para profesionales que atienden el problema de maltrato infantil?. *Acta Pediátrica de México*, 32 (1), 33-37.

- García-Moran, M., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (19), 11-30.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación*, 5ta Edición McGraw-Hill.
- Hernández-Vargas, C., & Dickinson-Bannack, M. (2014). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Investigación en Educación Médica*, 3 (11), 155-160.
- Ilaja, B., & Reyes, C. (2016). Burnout y estrategias de inteligencia emocional en profesores universitarios: implicaciones en la salud laboral educativa. *Psicología desde el Caribe*, 33 (1), 31-46.
- Imperiale, V. (2009). Evolución de la gestión de los Recursos humanos. Documento de cátedra. Psicología laboral, Mendoza, Argentina: Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Molero Moreno, C., & Saiz Vicente, E., & Esteban Martínez, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional . *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (1), 11-30.
- Morales, G., Pérez, J. C. & Menares., A. (2003). *Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12(1), 9-25
- Páramo, M. A. (2009) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA)*, 5ª edición. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Pereda-Torales, L., & Márquez Celedonio, F., & Hoyos Vásquez, M., & Yáñez Zamora, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32 (5), 399-404.
- Puhl, S., & Izcurdia, M., & Oteyza, G., & Escayol, M. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. *Anuario de Investigaciones*, XXIII , 229-236.
- Quintana, C. G. (2005). El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psykhe* (Santiago), 14(1), 55-68.



- Salovey, P. y Mayer, 1. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition. and Personality*, 9. 185-211
- Santana, Alejandra Isabel, & Farkas, Chamarrita. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe (Santiago)*, 16(1), 77-89. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100007>
- Ugarriza, N; (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, () 129-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>
- Zaldúa, G., & Lodieu, M., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19 (4), 167-172.

## **ANEXOS**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mendoza \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

Estimado/a:

Se lo invita a colaborar con su participación en el proyecto de tesis “Burnout e Inteligencia Emocional de los profesionales del PPMI” llevado a cabo por la estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología, Nadya Olmos, perteneciente a la Universidad del Aconcagua.

Dicho estudio tiene como principal objetivo evaluar los índices de Burnout e Inteligencia Emocional de los profesionales que se encuentran trabajando en los efectores públicos del Programa Programa de Atención y Prevención al Maltrato Infantil (PPMI). El mismo se encuentra bajo la dirección de Lic. Arturo Piraces.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este programa y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera, sin necesidad de dar explicaciones. Si usted participa en esta investigación, no tendrá un beneficio directo, pero ayudará a encontrar, en un futuro, soluciones a problemáticas actuales.

Su participación será anónima, es decir, no se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se recoja se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Los resultados del estudio se publicaran para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación, pero siempre bajo estrictas normas de confidencialidad que resguarden su identidad.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.**

Género: M - F

Edad:

Estado Civil:

Hijos: SI – NO                      Cantidad:

Efactor al que pertenece:

Profesión:

Años de trabajo en la temática:

Cantidad de Horas semanales: