



# UCA

Pontificia Universidad Católica Argentina  
Facultad "Teresa de Ávila"

**UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

“RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS COMPETENCIAS  
EMOCIONALES Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN  
PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN  
CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE LA  
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS”

Trabajo final  
para acceder al título de  
Licenciatura en Psicología

por

Geminiani, Maria Constanza  
Trevisan, Camila Lujan

Director/a:

Lic. Ortiz Buttazzoni Paula Daniela

Paraná, Noviembre de 2023

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	4
LISTA DE TABLAS	5
RECONOCIMIENTOS	6
RESUMEN	8
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
1.1. Planteamiento del Problema	10
1.2. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo General	15
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.3. Hipótesis o Supuestos de Investigación	16
<b>CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
2.1. Estado del Arte	17
2.1.1. Investigaciones Internacionales	17
2.1.2. Investigaciones Nacionales	19
2.2. Encuadre Teórico	22
2.2.1. Competencias Emocionales	22
2.2.1.1. Diversas conceptualizaciones	22
2.2.1.2. Teorización de la emoción	25
2.2.1.3. Modelos sobre las Competencias Emocionales	26
2.2.2. Consumos Problemáticos	36
2.2.2.1. Antecedentes y conceptualizaciones	36
2.2.2.2. Diversas formas de vinculación con las Sustancias	39
2.2.2.3. Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente en las Conductas Adictivas	41
2.2.2.4. Marco Normativo	43
2.2.2.5. Paradigma de reducción de riesgo y daños	45
2.2.3. Síndrome de Burnout	47
2.2.3.1. Delimitaciones del concepto de Burnout	47
2.2.3.2. Burnout en profesionales	48
2.2.3.3. Dimensiones del Burnout	50
2.2.3.4. Sintomatología del Síndrome de Burnout	52
2.2.3.5. Relación existente entre las variables a estudiar	53
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>56</b>
3.1. Tipo de Investigación	56
3.2. Muestra	56
3.3. Técnicas de Recolección de Datos	57
3.3.1. Cuestionario Sociodemográfico	57
3.3.2. Maslach Burnout Inventory (MBI)	57
3.3.3. Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE)	58
3.4. Procedimientos de Recolección de Datos	59
3.5. Procedimientos de Análisis de Datos	60
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>61</b>

4.1. Resultados de la muestra	61
4.2. Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos	70
4.3. Maslach Burnout Inventory	71
4.4. Correlación de Spearman	76
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES</b>	<b>79</b>
5.1. Discusión	79
5.2. Conclusiones	86
5.3. Recomendaciones	89
5.4. Limitaciones	92
LISTA DE REFERENCIAS	95
ANEXO A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS	99
ANEXO B. SALIDAS ESTADÍSTICAS	111
ANEXO C. ANÁLISIS DE DATOS	115

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de las edades de la muestra	61
Figura 2. Distribución de la muestra según el sexo	62
Figura 3. Distribución de la muestra según estado civil	62
Figura 4. Distribución de la muestra según profesión	63
Figura 5. Distribución de la muestra según lugar de nacimiento	64
Figura 6. Distribución de la muestra según lugar de residencia	65
Figura 7. Distribución de la muestra según la composición familiar	66
Figura 8. Distribución de la muestra según el máximo nivel alcanzado en la profesión	67
Figura 9. Distribución de la muestra según lugar de trabajo	67
Figura 10. Distribución de la muestra según tiempo de trabajo	68
Figura 11. Distribución de la muestra según cargo	69
Figura 12. Distribución de la muestra según tiempo con pacientes con consumo	69
Figura 13. Distribución de la muestra según el trabajo interdisciplinario	70
Figura 14. Niveles de Cansancio emocional	74
Figura 15. Niveles de Despersonalización	75
Figura 16. Niveles de Realización personal	76

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de las competencias socioemocionales	71
Tabla 2. Mínimos, Máximos, Medias y Desvíos Estándar del MBI	71
Tabla 3. Frecuencias y Porcentajes de MBI Total agrupado	72
Tabla 4. Porcentajes obtenidos en la subescala de Agotamiento Emocional en Profesionales de la Salud que trabajan con consumos problemáticos	73
Tabla 5. Porcentajes obtenidos en la subescala de Despersonalización en profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos	74
Tabla 6. Porcentajes obtenidos en la subescala de Realización Personal en profesionales de la salud que trabajan con Consumo Problemático	75
Tabla 7. Correlación MBI agrupado y Empatía	77
Tabla 8. Correlación MBI agrupado y Autoeficacia	77
Tabla 9. Correlación MBI agrupado y Competencias Emocionales	79

## RECONOCIMIENTOS

En primer lugar, queremos destacar que este camino no lo podríamos haber realizado sin la ayuda de personas significativas, que fueron esenciales para poder avanzar en cada momento con su acompañamiento, guía y enseñanza. Este es nuestro mayor regalo para el futuro profesional, aprendimos que trabajar en equipo y que la ayuda de los demás es lo más fructífero.

Por eso agradecemos a Dios, a nuestras familias (Clarisa, Enrique, Ivana, Nahuel, María Eugenia, Damián, Silvia, Hayde, Juana, isa, Mateo) y amigos que estuvieron presentes en aquellas situaciones de alegría y también en las que no encontrábamos salida, supieron contenernos, darnos esperanza y fortaleza para seguir adelante.

Además, a Paula por aceptar recorrer este camino con nosotras, ofrecernos su tiempo, dedicación y brindarnos herramientas en este trayecto tan importante.

A Javier y Carina Hess que prestaron su colaboración en la metodología del trabajo.

Por último, tener en cuenta la buena predisposición de los profesionales que respondieron los cuestionarios, tomándose un tiempo a pesar de su trabajo para poder realizarlos.

Creemos que de eso se trata, de compartir con los demás, de ayudar cuando se necesita, poder allanar su paso por este mundo siendo más sencillo y ellos a nosotros, de crecer y aprender juntos.

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos identificar los niveles de competencia emocional y describir los niveles de burnout de los profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos, como así también, reconocer los niveles de agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal, además establecer la existencia de una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores de burnout.

Si bien ambos fenómenos son estudiados en varios países (incluyendo Argentina) y relacionados con distintas variables, las investigaciones acerca de la relación entre ambos dentro del ámbito de profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos son escasas. Asimismo, en lo que refiere a las Competencias Socioemocionales las investigaciones realizadas sobre la temática son limitadas.

Dicha investigación es de tipo descriptivo – correlacional, transversal, cuantitativo y de campo, estuvo formada por una muestra no probabilística de tipo intencional de 38 profesionales de la salud 78.9% (n=30) Psicólogos, un 13.2% (n=5) Enfermeros y 7.9% (n=3) Psiquiatras de ambos sexos, que trabajan con consumos problemáticos hace 5 años como mínimo en la provincia de Entre Ríos. Las edades oscilaron entre 25 y 59 años, siendo la media de edad de 40.97 (DT= 8.24).

Para recabar datos acerca del Burnout en los profesionales de la salud se administró el Inventario Maslach Burnout Inventory (MBI) diseñado por Maslach y Jackson. En relación a las competencias emocionales, se administró el Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE) creado por Mikulic, Crespi y Radusky. También se completaron cuestionarios sociodemográficos destinados a recabar información acerca de la edad, sexo, estado civil, profesión, lugar de nacimiento, lugar de residencia actual,

composición familiar, máximo nivel alcanzado en la profesión, si trabaja en una organización o particularmente, tiempo que lleva trabajando en dicha organización, cargo que desempeña, el tiempo que lleva trabajando en la profesión, tiempo que lleva trabajando con pacientes con consumo problemático y si trabaja interdisciplinariamente. El procedimiento de recolección de datos se efectuó a través de un formulario de Google difundido a los profesionales de diferentes organizaciones que trabajan con consumos problemáticos, tanto en lo privado como en lo público, este estuvo compuesto por el título de la tesis, consentimiento informado, el Inventario de Competencias Socioemocionales (ISCE) con los 72 ítems y el Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) con 22 ítems.

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 22, donde se realizó un análisis estadístico descriptivo en el que se obtuvieron los resultados de los niveles de Competencia Emocional en los profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos, los niveles de Burnout en los profesionales, además los niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Estos datos permitieron la realización de la correlación existente entre las Competencias Socioemocionales y el Síndrome de Burnout, ejecutado a través de la Correlación de Spearman.

Los resultados alcanzados permitieron afirmar que los profesionales de la salud presentan bajos niveles de Burnout, con un porcentaje del MBI total agrupado del 47% bajo, siguiendo con un porcentaje medio de 39.5%. De esta manera el porcentaje obtenido del nivel alto fue de 13%.

En cuanto a las Competencias Emocionales se presentó un bajo predominio de estas, teniendo en cuenta que cuánto más se acercan a 1, indican bajo predominio, y cuánto

más se acercan a 5, mayor predominio de dicha competencia emocional. De esta manera la dimensión de Autoeficacia fue la más elevada con una media de 2.84.

Además posibilitaron observar que no se presenta una correlación entre el Síndrome de Burnout y las Competencias Emocionales, de esta manera nos conduce a refutar la hipótesis planteada en el inicio del trabajo.

Esta investigación presentó ciertas limitaciones, en principio la mayoría de los sujetos que participaron en la muestra tomada son Psicólogos, además la utilización de la vía online a través del formulario que llevo para recabar los datos puede estar sometida a distorsiones propias de los distintos dispositivos o interpretaciones erróneas de algunos ítems. Otra limitación fue la falta de investigaciones realizadas sobre el constructo de Competencias Emocionales.

En definitiva con respecto a la hipótesis planteada en nuestro estudio se pudo concluir que si bien se hallaron correlaciones positivas entre las dimensiones optimismo, asertividad, expresión, regulación, autonomía, conciencia y prosocialidad respecto a los indicadores de Burnout, éstas no resultaron significativas para poder comprobar la hipótesis propuesta. Se observó una correlación negativa no significativa entre la dimensión autoeficacia y los indicadores de Burnout. Asimismo, se obtuvo una correlación positiva significativa entre la dimensión empatía y los indicadores de Burnout.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

#### **1.1. Planteamiento del Problema**

En primer lugar, la presente investigación se enmarca dentro de la psicología cognitiva, la cual explicita teóricamente en las últimas décadas el constructo referido a la emoción, en referencia a esto Elices (2015), afirma que “Para este modelo la emoción es un fenómeno postcognitivo, siendo la valoración o evaluación cognitiva condición necesaria para que aparezca la emoción” (p. 245).

En este sentido, las emociones sirven para motivar conductas que provoquen un cambio en nuestra relación con el entorno de una forma más adaptativa. Además, las diferentes emociones pueden funcionar como recursos para analizar las distintas formas de solucionar un problema (Elices, 2015).

En este contexto se destaca, como variable de estudio el concepto de competencias emocionales, el origen del término puede encontrarse en los escritos de Saarni, separándolo definitivamente del de inteligencia emocional (Luzuriaga, 2015).

Saarni (1999, citado en Luzuriaga, 2015), define las competencias emocionales como “un conjunto articulado de capacidades y habilidades que un individuo necesita para desenvolverse en un ambiente cambiante y surgir como una persona diferenciada, mejor adaptada, eficiente y con mayor confianza en sí misma” (p.119).

Asimismo, el modelo de Saarni se relaciona con el desarrollo humano y teorías cognitivas de la emoción, con lo cual se separa definitivamente de las teorías de la inteligencia emocional (Luzuriaga, 2015).

Por otra parte, la gestión emocional resulta fundamental en el ámbito de la salud para afrontar los continuos retos de la vida (Luzuriaga, 2015).

En esta línea se sitúa la cuestión de los consumos problemáticos como un fenómeno complejo (Iglesias y Tomas, 2010).

Iglesias y Tomas (2010) señalan:

Una característica común y central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fuercen a buscarlo. (p. 15)

Según el DSM-IV-TR (2000, citado en Iglesias y Tomas, 2010):

La dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes síntomas, durante un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por:
  - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado.
  - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por:
  - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterios a y b DSM IV)
  - b. Se toma la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo de sustancias.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. (pp. 16-17)

Además, Cappri (2016) señala:

Los pacientes drogadependientes se caracterizan por tener escasa tolerancia a la frustración, baja conciencia de enfermedad, una dinámica familiar conflictiva en la mayoría de los casos, problemas educativos y judiciales. Esto, expone a los profesionales que trabajan con dicha problemática a un desgaste psicofísico, por tratar con los aspectos más conflictivos de estos pacientes. (p. 9)

Si bien la labor de cada profesional de la salud es esencial para favorecer el cuidado y bienestar de toda la sociedad, muchas veces el encuentro diario con las personas se vuelve una situación emocional estresante para estos profesionales. Cuando el estrés laboral se torna crónico, se desarrolla como consecuencia el Síndrome de Burnout, el cual tiene efectos notables para los profesionales, pudiendo llegar al suicidio (Cappri, 2016).

Asimismo, Gutiérrez Aceves et al. (2006) argumentan que este síndrome afecta a profesiones que requieren de un contacto directo con las personas, involucrando entrega e implicación en su trabajo, asimismo son muchos los perjudicados, destacándose los enfermeros, médicos, psicólogos, policías, entre otros.

Así pues, este síndrome no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece, sino que además se pone en peligro la salud de los pacientes. (Gutiérrez Aceves et al., 2006)

Las consecuencias de este problema son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, alta movilidad laboral, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual. (Gutierrez Aceves et al., 2006, p. 308)

Del mismo modo, el síndrome de burnout puede entenderse según lo planteado por Gutierrez Aceves et al. (2006):

El síndrome de burnout es un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales. (p.305)

Al mismo tiempo, a lo anterior se le agrega lo planteado por Cappri (2016), “La OMS (1994) destaca que el Burnout se ha transformado en un grave problema para quienes cuidan a personas con enfermedades crónicas, que repercute en el staff y en los miembros de la familia” (p. 9,10).

Según lo planteado por Nájera Fon Fay (2021):

Los profesionales que prestan sus servicios en los centros de rehabilitación mantienen grandes responsabilidades para con sus pacientes y sus familias, generalmente no disponen de grandes recursos, y se hallan frente a

situaciones delicadas, difíciles o dolorosas. A esto debe sumarse la demanda emocional y afectiva de los pacientes, y la presión por obtener resultados que aumenta la dificultad laboral. En el trabajo psicológico o psiquiátrico, los cuidados otorgados a las personas dependientes pueden ser rápidamente una causa de agotamiento y de estrés. (p.8)

Asimismo, al estudiar los centros de rehabilitación se encuentra una paradoja, por un lado, se considera que este podría ser un sector expuesto al burnout dado el contexto laboral, donde el factor de fracaso puede ser alto debido a los elevados índices de recaídas de los pacientes; y, por otro lado, se presume que el sentimiento de satisfacción y realización también puede ser elevado en este ámbito (Nájera Fon Fay, 2021).

En relación con lo anterior, según Cappri (2016):

En los últimos años ha tenido un auge importante el estudio de este Síndrome en diferentes países del mundo. Las investigaciones centran el interés en su descripción, su etiología, sus consecuencias y hasta plantean propuestas para prevenirlo y tratarlo.

Sin embargo, son escasos los estudios que se ocupan de este síndrome manifestado en profesionales que prestan sus servicios en Instituciones destinadas a la prevención y rehabilitación de personas con diferentes niveles de compromiso con la sustancia. (p.9)

Por otra parte, Limonero et al. (2004, citado en Alecsiuk, 2015):

Sostienen que los estudios sobre estrés 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. (p.43)

Así pues, el síndrome de burnout puede definirse según lo planteado por Maslach y Jackson (1981, citado en Gutiérrez Aceves et al., 2006), “como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” (p.306).

En este sentido Berrios-Martos et al. (2006, citado en Alecsiuk, 2015) argumentan que:

Se torna fundamental el estudio de las habilidades emocionales, la inteligencia emocional, en el área laboral ya que, podría jugar un rol fundamental en la disminución del impacto de situaciones altamente estresantes, como así también en la eficacia laboral y social. (p. 43-44)

Además, los resultados revelan que aquellos profesionales que poseen la habilidad para comprender sus emociones y regularlas, al mismo tiempo tendrán la capacidad para comprender y contener a sus pacientes, ayudándolos de esta manera a poder regular sus sentimientos y emociones, estos profesionales al involucrarse emocionalmente con el paciente, tendrán más probabilidad de sufrir desgaste emocional (Alecsiuk, 2015).

A partir de lo anterior, se ha decidido como tema de investigación observar si existe relación entre las competencias emocionales y el síndrome de Burnout en profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos. El interés del estudio surge a partir de una de las limitaciones que se plantean en las investigaciones realizadas sobre la temática, debido a la inexistencia de estudios que hayan analizado la inteligencia emocional y el desgaste emocional, lo que ha limitado la posibilidad de realizar comparaciones (Alecsiuk, 2015, p.52).

Es necesaria la realización de dicho estudio ya que el síndrome de burnout es un trastorno que afecta a la mayoría de los profesionales de la salud que se desempeñan en el área de consumos problemáticos, por generar consecuencias altamente agravantes en toda la vida del sujeto implicado, en la eficacia de su trabajo, su salud mental, física,

convirtiéndose en un riesgo para el bienestar de cada profesional. Sumado a esto, el abordaje de la problemática de consumos problemáticos resulta cada vez más complejo, debido a que requiere por parte de los profesionales la utilización de competencias emocionales necesarias para el abordaje de estas problemáticas, como la autorregulación, tolerancia a la frustración, empatía, inteligencia emocional, etc.

Ante esto se propuso la siguiente pregunta que guio esta investigación:

¿Existe una relación entre las competencias emocionales y el síndrome de burnout en trabajadores de la Salud de 5 años o más de antigüedad en centros de consumos problemáticos de la Provincia de Entre Ríos?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Conocer la relación existente entre las competencias emocionales y el síndrome de burnout en los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con consumos problemáticos.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los niveles de competencia emocional de los profesionales de la salud de la provincia de Entre Ríos.
- Describir los niveles de burnout en profesionales de la salud mental que trabajan con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos.
- Reconocer los niveles de agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal.
- Establecer si existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores de burnout.

### **1.3. Hipótesis o Supuestos de Investigación**

Los profesionales de la salud que se desempeñan en consumos problemáticos y que poseen mayores competencias emocionales, padecen menor desgaste emocional.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Estado del Arte

Las investigaciones de las competencias emocionales y el síndrome de Burnout son variadas y extensas. Numerosas exploraciones refieren al análisis de estas. Aunque no desarrollaron investigaciones que tengan en cuenta estas dos variables. Por otra parte, en cuanto al estudio del síndrome de Burnout relacionado con profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos es más acotado en nuestro país, encontrando mayor cantidad de resultados en el extranjero. A continuación, se realizará un repaso de algunas investigaciones, destacando los datos más relevantes.

##### 2.1.1 Investigaciones internacionales

En Quito, Nájera Fon Fay (2021) realizó una tesis con el fin de medir el nivel de burnout del personal de salud del centro de rehabilitación “CETAD Libertad”. Para recabar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Estos instrumentos fueron utilizados en todo el personal médico y de servicio del centro de rehabilitación “Libertad”. La población incluye a 9 profesionales, entre los cuales se encuentran: 2 psicólogos clínicos, 1 médico psiquiatra, 1 enfermero, 1 trabajadora social, 1 terapeuta vivencial y 1 consejero terapéutico en drogodependencia. La investigación arroja como resultado que el personal que trabaja en el centro de rehabilitación CETAD Libertad, no presenta signos representativos que indiquen presencia del síndrome de burnout. Además, se encontró que la totalidad de participantes, poseen un alto grado de realización personal. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que un grupo si bien no cumple los criterios para el diagnóstico de Síndrome de Burnout, si presenta una tendencia al padecimiento en un futuro pues se han encontrado niveles

límites en cuanto al cansancio emocional y un alto nivel de despersonalización. Se pudo concluir que aun con la complejidad que representa el trabajo con personas en consumo, los participantes encuentran suficiente motivación en el rol que cumplen y los resultados que se obtienen al guiar a estos pacientes en el proceso, demostrando un alto grado de responsabilidad, compromiso y vocación en pos del bienestar integral de los destinatarios de sus servicios, en consecuencia, su nivel de realización personal, en general es alto. Además, se ha de precisar que este estudio se realizó durante la crisis sanitaria a raíz de la pandemia del Covid-19. Una consecuencia de esta circunstancia fue que el número de internos en el centro de rehabilitación “CETAD Libertad” no es el mismo que suele ser habitualmente. A modo de cierre, se recomienda que en próximas investigaciones se realicen investigaciones con mayor alcance, tomando personal de varios centros de salud, de manera que se cuente con una muestra estadísticamente significativa que pueda proveer resultados confiables, para así poder determinar de manera mucho más clara si existe alguna correlación entre el rol, profesión o nivel de formación y el afrontamiento del estrés o fatiga crónica.

En Cuba, Roche et al. (2019) estudiaron el síndrome de desgaste profesional en terapeutas de adictos, con el objetivo de identificar si existían manifestaciones de desgaste profesional en terapeutas que se desempeñan profesionalmente en la atención a adictos en La Habana, Cuba. La muestra estuvo constituida por los 25 profesores y estudiantes que se desempeñaban como terapeutas de adictos, que se habían mantenido realizando esa función durante más de tres años y que estuvieron dispuestos a participar en el estudio. Se administró el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Los resultados de la investigación demostraron que la dimensión agotamiento emocional en comparación con las otras dos dimensiones, fue la más afectada. Dicha dimensión contrastó con las restantes, pues la despersonalización tuvo una clara tendencia en las respuestas hacia los valores más bajos,

al igual que la falta de realización personal. El agotamiento emocional tuvo valores no deseables en 17 sujetos, lo que representa el 68 % del total del universo estudiado. Los valores referidos son considerados como indicativos de la presencia de manifestaciones del síndrome de burnout. Ninguno de los terapeutas estudiados tuvo actitudes despersonalizadas hacia los pacientes adictos, lo que significa que no mostraban actitudes de distanciamiento afectivo o frialdad en el trato interpersonal hacia el que recibía el servicio. Asimismo, el 96 % tuvo un nivel alto de realización personal, lo que denotaba que se sentían realizados en el trabajo que desempeñaban y refleja una percepción de eficacia profesional ante el afrontamiento de los problemas de los pacientes. De los 25 estudiados, ocho (32 %) terapeutas se encontraban en la categoría de ausencia del síndrome de burnout; mientras que 17 (68 %) exhibían solamente algunas manifestaciones. Se recomienda promover la labor preventiva a partir de incrementar la preparación y resiliencia de quienes se desempeñan como terapeutas de adictos.

### 2.1.2 Investigaciones nacionales

Cappri (2016), en Cosquín, Argentina, desarrolló una tesis sobre la prevención del síndrome de burnout en profesionales que trabajan en la institución programa del sol (sede Cosquín), con el objetivo de proponer un programa de actividades destinado a la prevención del Síndrome de Burnout en los profesionales que integran dicha institución. Para recolectar la información se utilizó, por un lado, una entrevista abierta, conformada por preguntas ante las cuales los entrevistados respondían libremente. Los ejes centrales de la misma fueron: funciones del profesional en la Institución, particularidades del trabajo con esta patología, sensaciones que le genera los recientes cambios en la Institución, sus apreciaciones sobre el trabajo en equipo y las posibles inquietudes o preocupaciones relacionadas a la dinámica Institucional. Por otro lado, se aplica el Maslach Burnout Inventory (MBI) a los miembros del Equipo Terapéutico del Programa del Sol, el cual se

conforma del siguiente modo: interventor, psicólogos, operadores terapéuticos, médicos y talleristas. A partir de los resultados, se observa que, en las entrevistas administradas a cada uno de los profesionales del Equipo Terapéutico del Programa del Sol, definen al abordaje de esta patología como desgastante y poco gratificante; y destacan como particularidades del mismo la falta de constancia y motivación de quienes concurren a tratamiento, y las limitaciones que la realidad del propio paciente impone para generar un cambio. Si bien ninguno de los profesionales ha alcanzado puntuaciones significativas en las tres dimensiones del Síndrome simultáneamente, pueden efectuarse algunas observaciones. Los valores más altos en Despersonalización, pertenecen a dos profesionales de sexo masculino, de los cuales, uno ha puntuado en un nivel alto y el otro, obtuvo un puntaje medio próximo al límite con el rango de las puntuaciones consideradas como altas para ésta escala. Además, la persona que obtiene una puntuación alta en la escala Despersonalización, no tiene una preparación académica que le brinde herramientas concretas para el trabajo con esta patología. Por otra parte, estas personas con puntuaciones más altas en Despersonalización, son quienes mayor antigüedad tienen trabajando en la Institución, por lo que podría pensarse que variables tales como clima laboral, ambigüedad en el puesto, horas extras trabajadas, recientes renuncias, luchas de poder, etc., estarían influyendo en estos resultados. Los profesionales con niveles bajos de Cansancio Emocional, son aquellos que llevan menos de dos años de trabajo con la patología, y en todos los casos coincide este tiempo con la antigüedad en la Institución, por esto se deduce, que estas dos variables (tiempo de trabajo con la patología y antigüedad en la Institución) influyen en las puntuaciones de CE que presentan los profesionales mencionados. Finalmente, los miembros de la Institución, describen en las entrevistas que el Programa se encuentra en un momento de cambio, lo que implica: la intención de mejorar las

condiciones de trabajo, estructurar cada módulo de tratamiento, lograr un funcionamiento a nivel equipo, generar un ámbito de trabajo distendido, etc.

En Córdoba, Argentina, Polacov et al. (2021), realizaron una investigación con el objetivo de conocer el riesgo de Burnout en médicos de la ciudad de Córdoba, su relación con factores sociodemográficos y con especialidades clínicas o quirúrgicas.

Para llevar a cabo dicha investigación, se realizó un estudio observacional de corte transversal en 10 centros asistenciales públicos y privados de la Ciudad de Córdoba. Se entrevistaron 483 médicos, recogiendo variables sociodemográficas y cuestionario Maslach Burnout Inventory evaluando el riesgo de Burnout. La edad fue estratificada desde los 20 a 60 años (de 10 en 10), siendo  $p < 0.05$ , lo cual resulta significativa. De estos 483 médicos entrevistados, 62, 1% mujeres, el 70% entre los 20 y los 40 años: 54,2% solteros, 42,9% ejerció menos de 5 años la profesión; el 66 del total (16, 5%) tuvo alto riesgo de Burnout, las variables asociadas fueron: trabajar en un establecimiento público ( $p < 0,00001$ ), ser soltero ( $p < 0,009$ ), trabajar más de 60 hs ( $p < 0,001$ ), dormir menos de 42 hs semanales ( $p < 0,005$ ), tener entre 20 y 29 años ( $p < 0,0005$ ) y tener menos de cinco años de profesión ( $p < 0,0002$ ), se identificó como factor protector tener hijos ( $p < 0,006$ ). No hubo diferencias entre especialidades clínicas y quirúrgicas.

Los resultados de la investigación demostraron que los profesionales jóvenes, con menor contención familiar y mayor demanda laboral son los que presentan mayor riesgo de Burnout. Se deberían identificar y desarrollar mecanismos para proteger y tratar a los afectados.

## **2.2. Encuadre Teórico**

### **2.2.1 Competencias emocionales**

#### **2.2.1.1 Diversas conceptualizaciones**

En forma general, las competencias emocionales son un constructo amplio, en el cual se incluyen diversos procesos.

Por su parte, Bisquerra y Escoda (2007, citado en Milkulic et al., 2015) afirman que “en las últimas décadas ha cobrado relevancia el interés por conceptualizar el término competencia en el marco de profundos cambios en los modelos de enseñanza y aprendizaje y en la formación profesional actual” (p.309).

Además, McClelland (1973, citado en Mikulic et al., 2015):

Fue uno de los primeros en utilizar este término al proponer la evaluación por competencias como alternativa para superar las limitaciones de los test de inteligencia y aptitud tradicionales que, según este autor, no resultan buenos predictores de éxito laboral futuro ni de logros importantes en la vida de las personas. (p.309)

El interés por el concepto fue creciendo, llevando a propiciar nuevas investigaciones y aplicaciones que se extienden más allá del contexto educativo y profesional teniendo en cuenta la globalidad que incorpora todas las áreas de la vida del sujeto (Mikulic et al.,2015).

Se subraya que el dominio de las competencias emocionales fortalece una mayor adaptación al contexto y generan un mejor afrontamiento a las particularidades de la vida con probabilidad de éxito (Bisquerra y Escoda, 2007).

En definitiva, las competencias emocionales, propician la protección del sujeto con respecto a las conductas de depresión, puesto que contribuyen a la consolidación de

una personalidad centrada en la perseverancia y tolerancia a las frustraciones que pueden darse en el ambiente (Rubio y Caballero, 2018).

En primer lugar, el concepto de competencia puede definirse por Valverde (2001, citado en Alzina y Escoda, 2007) como:

La capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo movilizand o los conocimientos, habilidades, destrezas y/o de comprensión necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone. El trabajo competente incluye la movilización de atributos de los trabajadores como base para facilitar su capacidad para solucionar situaciones contingentes y problemas que surgen durante el ejercicio del trabajo. (p.62)

Luego, Echeverría (2005, citado en Alzina y Escoda, 2007) afirma que “La competencia discrimina el saber necesario para afrontar determinadas situaciones y ser capaz de enfrentarse a las mismas. Es decir, saber movilizar conocimientos y cualidades, para hacer frente a los problemas derivados del ejercicio de la profesión” (p. 62).

En el mismo momento, Alzina y Escoda (2007) sostienen que la competencia implica utilizar de manera efectiva y eficiente un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo diversas actividades con calidad y eficacia. Asimismo, la idea de competencia se aplica a personas ya sea individualmente o en grupo e incluye conocimientos, habilidades y actitudes integradas entre sí. Supone capacidades formales e informales, y se encuentra relacionada con el desarrollo, el aprendizaje continuo y la experiencia. Además, es un potencial de acción vinculado a la capacidad de movilizarse y se encuentra dentro de un contexto específico que cuestiona su transferibilidad.

Entonces, las competencias emocionales se pueden entender como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes indispensables para comprender, expresar y regular de forma adecuada las situaciones emocionales (Alzina y Escoda, 2007).

De esta manera, favorece los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo (Alzina y Escoda, 2007).

También Alzina y Escoda (2007) sostienen que “La competencia emocional pone el énfasis en la interacción entre persona y ambiente y como consecuencia confiere más importancia al aprendizaje y al desarrollo” (p. 72).

Para Saarni (2000): La competencia emocional se relaciona con la demostración de autoeficacia al expresar emociones en las transacciones sociales (“emotion-eliciting social transactions”). Este autor define la autoeficacia como la capacidad y las habilidades que tiene el individuo para lograr los objetivos deseados. Para que haya autoeficacia se requiere conocimiento de las propias emociones y capacidad para regularlas hacia los resultados deseados. A su vez, estos resultados dependen de los principios morales que uno tiene. Así, el carácter moral y los valores éticos influyen en las respuestas emocionales de cara a promover la integridad personal. La competencia emocional madura debería reflejar una sabiduría que conlleva los valores éticos significativos de la propia cultura.

Desde esta perspectiva, toma relevancia la importancia del contexto: el espacio y el tiempo son condicionantes de la competencia emocional. Todos podemos experimentar incompetencia emocional en un momento dado y en un espacio

determinado, dado que no nos sentimos preparados para esa situación. (Alzina y Escoda, 2007, p. 66-67)

En consecuencia, Saarni (1999, citado en Luzuriaga, 2015) define las competencias emocionales como “un conjunto articulado de capacidades y habilidades que un individuo necesita para desenvolverse en un ambiente cambiante y surgir como una persona diferenciada, mejor adaptada, eficiente y con mayor confianza en sí misma” (p. 119).

Generalmente este constructo ha sido más estudiado en relación con la inteligencia emocional. Sin embargo, Bisquerra y Escoda (2007, citado en Mikulic et al., 2015) establecen una diferenciación, proponiendo que la inteligencia emocional es un concepto que refiere a lo meramente teórico mientras que las competencias emocionales se asocian a lo práctico, es decir que cobra mayor importancia la interacción entre el sujeto y el ambiente, como resultado están relacionadas al aprendizaje y desarrollo.

#### 2.2.1.2 Teorización de la emoción

En cuanto al concepto de emoción, Elices (2015) sostiene que puede entenderse como un fenómeno complejo y multidimensional que involucra diferentes componentes, entre los que se pueden encontrar los subjetivos, cognitivos, fisiológicos, expresivos, motivacionales, que llevan a que el sujeto pueda adaptarse al entorno, se comunique con los demás y motiva la expresión de ciertas conductas.

Dentro de los modelos explicativos de la emoción existen posturas evolucionistas, psicofisiológicas, neurológicas y cognitivas, siendo este último el más desarrollado. Se sustenta en la evaluación cognitiva de dos aspectos fundamentales: la emoción, que surge de la valoración cognitiva que realiza el individuo sobre las implicaciones de una situación para su bienestar y adaptación, y las valoraciones que

conducen a diferentes emociones, de esta manera, si podemos saber cómo valora la situación el sujeto, podemos predecir qué emoción sentirá. Estos procesos de evaluación son subjetivos y están influenciados por diversos factores, como la biología y el aprendizaje, lo que explica por qué dos personas pueden experimentar emociones diferentes ante un mismo estímulo (Elices, 2015).

Para exponer su modelo la autora retoma tres teorías cuyo punto central es la emoción:

- El modelo relacional de la emoción, desarrollado por Lazarus, clasifica las emociones en categorías y las relaciona con procesos de percepción que afectan la evaluación del entorno como amenazante o favorable. Además, considera que las emociones son una parte fundamental de la motivación.

- El modelo funcionalista de la emoción destaca el papel social de las emociones, definiéndose como los intentos de un individuo por establecer, mantener, cambiar o finalizar su relación con el entorno, basándose en su percepción. Esta relación puede ser influenciada por diferentes factores, como la conexión con los objetivos personales, las respuestas sociales de otros, el tono placentero del evento y la memoria de experiencias similares.

- El modelo socioconstructivista de la emoción acentúa que la misma es experimentada dentro de un contexto determinado y añade que es resultado del aprendizaje en un contexto social específico como de procesos y desarrollos cognitivos (Saarni 1999, citado en Luzuriaga, 2015).

### 2.2.1.3 Modelos sobre las competencias emocionales

- Modelo de Saarni

Basándose en el sustento teórico anterior, Saarni (1999, citado en Luzuriaga, 2015) conforma su modelo con ocho competencias básicas:

- La conciencia emocional de uno mismo implica ser capaz de identificar diversas experiencias emocionales, tener diferentes niveles de madurez emocional y ser consciente de los procesos emocionales que pueden parecer inconscientes.
- La capacidad de discernir y comprender las emociones de los demás se basa en el contexto y las señales emocionales que tienen un significado consensuado dentro de la sociedad.
- La capacidad de utilizar el lenguaje y las expresiones asociadas a las emociones se basa en las culturas y subculturas individuales, e implica la habilidad de vincular las emociones con roles sociales específicos.
- La capacidad de empatía se refiere a la habilidad de reconocer y comprender las experiencias emocionales de otras personas.
- La habilidad de distinguir entre la experiencia emocional interna subjetiva y la expresión emocional externa se aplica tanto a uno mismo como a los demás, y está relacionada con las estrategias de autopresentación.
- La capacidad de resolver de manera adaptativa situaciones adversas y estresantes implica reducir su impacto en el momento en que ocurren.
- La conciencia de la comunicación emocional en las relaciones se refiere a la capacidad de expresar auténticamente las emociones y generar un grado de reciprocidad en los demás.
- La capacidad de autoeficacia emocional implica que la persona puede experimentar las emociones deseadas y lograr un equilibrio emocional entre lo personal, social y cultural.

Otro de los modelos en relación con las competencias emocionales es el de Bisquerra (2007, citado en Luzuriaga, 2015) quien afirma que éstas:

Son el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarios para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales cuya finalidad es aportar un valor añadido a las funciones profesionales y promover el bienestar personal y social. (p.121)

- Modelo de Bisquerra

A partir de esta definición, Bisquerra (2020) y sus auxiliares conforman un modelo de competencias emocionales que se compone de los siguientes cinco elementos:

***Conciencia emocional:*** implica la habilidad de ser consciente tanto de nuestras propias emociones como de las emociones de los demás, incluyendo la capacidad de percibir el ambiente emocional en un determinado contexto. Dentro de este concepto, se pueden destacar aspectos específicos como los siguientes:

- Tomar conciencia de las propias emociones: implica la habilidad de reconocer y etiquetar con precisión los sentimientos y emociones que experimentamos. Incluye la capacidad de ser conscientes de emociones múltiples y reconocer las barreras que pueden dificultar esta toma de conciencia, como la falta de atención selectiva o dinámicas inconscientes.
- Dar nombre a las emociones: implica tener habilidad para utilizar de manera efectiva el vocabulario emocional apropiado y utilizar las expresiones disponibles en un contexto cultural específico para describir los fenómenos emocionales.
- Tomar conciencia de las emociones de los demás: implica tener la capacidad de percibir con precisión las emociones y los sentimientos de las personas. Esto incluye la

habilidad de utilizar pistas situacionales y expresivas (tanto verbales como no verbales) que tienen un consenso cultural en cuanto a su significado emocional.

- Empatía: es la habilidad de involucrarse empáticamente en las experiencias emocionales de los demás, no se trata solo de ponerse en el lugar del otro, sino de comprender y sentir la emoción que la otra persona está experimentando.
- Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento: implica reconocer que los estados emocionales afectan nuestro comportamiento, y a su vez, el comportamiento influye en nuestras emociones. Ambos aspectos pueden ser regulados por el pensamiento y la conciencia. La emoción, la cognición y el comportamiento están en constante interacción, por lo que a veces resulta difícil determinar qué ocurre primero. Frecuentemente, los pensamientos y acciones de los individuos están influenciados por su propio estado emocional.
- Detectar creencias: es importante ser consciente de la conexión entre emoción, creencias y comportamientos. Algunas creencias pueden ser limitantes y afectar la autoestima y otros aspectos de la vida del sujeto. Es necesario identificar, cuestionar y distinguir las creencias positivas de las negativas, así como reconocer aquellas que pueden ser perjudiciales y buscar un cambio en ellas.
- Atención plena: la conciencia emocional implica tener la capacidad de atención y concentración, permitiendo al sujeto enfocar sus pensamientos en algo específico sin distraerse conscientemente de otras cosas. Se trata de dirigir la atención de manera intencionada.
- Conciencia ética y moral: es fundamental tener en cuenta que la inteligencia emocional por sí sola no es suficiente, una persona puede tener altos niveles de inteligencia emocional, pero carecer de valores éticos y morales. Esto podría llevar a comportamientos manipuladores o incluso delincuentes. Por lo tanto, es importante que el desarrollo de las

habilidades emocionales vaya de la mano con la educación en valores y principios morales, fomentando un comportamiento ético que contribuya al bienestar social.

La conciencia emocional es el primer paso para desarrollar las otras competencias.

Siguiendo con lo planteado por Bisquerra (2020):

La *regulación emocional* implica la habilidad de controlar las emociones de manera adecuada, también conocida como gestión emocional. Esto comprende ser consciente de cómo las emociones, el pensamiento y el comportamiento se relacionan entre sí, así como tener estrategias efectivas para hacer frente a las emociones y generar emociones positivas por cuenta propia. Los componentes que conforman este proceso incluyen:

- **Expresión emocional apropiada:** se refiere a la capacidad de expresar las emociones de manera apropiada, reconociendo que no es necesario que el estado emocional interno coincida exactamente con la expresión externa. A un nivel más profundo, implica comprender cómo nuestra expresión emocional y comportamientos pueden afectar a los demás.
- **Regulación de emociones y sentimientos:** implica la capacidad de gestionar y regular nuestras emociones y sentimientos, reconociendo que a menudo es necesario controlarlos y manejarlos de manera adecuada.
- **Regulación emocional con conciencia ética y moral:** consiste en regular las emociones, propias y ajenas, requiere actuar de manera ética y moral, basándose en valores como empatía, compasión, esperanza y amor. Manipular y aprovecharse de las emociones de los demás es inapropiado y va en contra de las competencias emocionales adecuadas.
- **Tolerancia a la frustración:** es una forma de regulación emocional que, por su importancia, recibe una denotación y un tratamiento específicos. Aunque la frustración es

inevitable, una baja tolerancia a ella genera malestar y aumenta el riesgo de ira y violencia, mientras que una alta tolerancia promueve el bienestar.

- Estrategias de afrontamiento: habilidad de enfrentar desafíos y situaciones conflictivas, manejando las emociones que surgen en dicho proceso.

También Bisquerra (2020), refiere que la *Autonomía Emocional* se puede entender como un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal. Es un paso más en la regulación emocional. La autonomía emocional es un difícil equilibrio entre dos extremos: la dependencia emocional y la desvinculación emocional. Como microcompetencias incluye las siguientes:

- Autoestima: implica tener una percepción positiva de uno mismo, sentir satisfacción y mantener una buena relación con uno mismo.
- Automotivación: supone tener la capacidad de motivarse y comprometerse emocionalmente en diversas actividades de la vida personal, social, profesional y de tiempo libre. La motivación y la emoción son inseparables, y automotivarse es esencial para darle sentido a la vida.
- Autoeficacia emocional: se refiere a la percepción de tener habilidades emocionales que permiten al individuo relacionarse de manera efectiva en distintos ámbitos sociales y personales. Implica la capacidad de experimentar las emociones deseadas y necesarias. La autoeficacia emocional consiste en aceptar la propia experiencia emocional, ya sea única o culturalmente convencional, en concordancia con las creencias personales sobre el equilibrio emocional deseado.
- Responsabilidad: es la capacidad de responder de los propios actos. Es la intención de implicarse en comportamientos seguros, saludables, éticos, de asumir la responsabilidad en la toma de decisiones.

- La actitud positiva: es la habilidad de elegir adoptar una postura optimista hacia la vida, a pesar de que siempre existan motivos para tener una actitud negativa.
- El pensamiento crítico: es una forma de pensar reflexiva y fundamentada, que se enfoca en tomar decisiones sobre qué pensar, creer, sentir y hacer. También, es un proceso consciente y deliberado que requiere autodeterminación, reflexión, esfuerzo, autocontrol y metacognición. Implica interpretar y evaluar la información o experiencias utilizando habilidades y actitudes específicas.
- Análisis crítico de normas sociales: consiste en utilizar el pensamiento crítico para evaluar los mensajes sociales, culturales y de los medios de comunicación que se refieren a las normas sociales y comportamientos personales. La autonomía juega un papel importante en el avance hacia una sociedad más consciente, libre y responsable.
- Asumir valores éticos y morales: incluye que nuestra conciencia y regulación emocional nos hacen responsables de las decisiones que tomamos en la vida, incluso en la elección de adoptar una actitud positiva o negativa. El desarrollo de competencias emocionales debe acompañarse de educación en valores y de una moral autónoma.
- La resiliencia: es la capacidad que tiene una persona para enfrentarse con éxito a condiciones de vida sumamente adversas.

Además, Bisquerra (2020) define las *Competencias Sociales* como la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Los aspectos que incluye son:

- Dominar las habilidades sociales básicas: la primera de estas es escuchar, sin ella difícilmente se pueda pasar a las demás, como saludar, despedirse, pedir disculpas, manifestar agradecimientos, pedir un favor.
- Respeto por los demás: implica tener la intención de aceptar y valorar las diferencias individuales y grupales, así como reconocer los derechos de todas las personas. Esto también se extiende a los diversos puntos de vista que puedan surgir en una discusión.

- Comunicación receptiva: consiste en la habilidad de prestar atención a los demás, tanto en la comunicación verbal como no verbal, para poder recibir los mensajes de manera precisa.
- Comunicación expresiva: incluye la habilidad de iniciar y mantener conversaciones, expresar de manera clara los propios pensamientos y sentimientos, tanto verbal como no verbalmente, y asegurarse de que los demás hayan comprendido correctamente.
- Compartir emociones: refiere a la conciencia de que la estructura y naturaleza de las relaciones vienen en parte definidas por el grado de inmediatez emocional o sinceridad expresiva, como por el grado de reciprocidad o simetría en la relación.
- Comportamiento prosocial y cooperación: comprende la capacidad de realizar acciones en beneficio de otras personas sin que se les haya pedido.
- Trabajo en equipo: significa la habilidad de formar parte de equipos eficientes, donde se crean ambientes emocionalmente positivos y se enfoca en la acción coordinada. Lo crucial son las sinergias que se generan entre los miembros del equipo. Cada uno debe renunciar a parte de su protagonismo personal en beneficio del equipo, promoviendo así su trabajo cooperativo.
- Asertividad: implica mantener un equilibrio entre la agresividad y la pasividad. Esto conlleva la capacidad para defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos, al mismo tiempo que se respeta a los demás con sus opiniones y derechos. Incluye decir "no" de manera clara y mantenerlo, y aceptar que el otro le pueda decir "no". También implica hacer frente a la presión de grupo y evitar situaciones en las que puedan ser coaccionados para adoptar comportamientos arriesgados. En ciertas circunstancias de presión, es importante retrasar la toma de decisiones y acciones hasta sentirnos adecuadamente preparados.

- **Prevención y gestión de conflictos:** refiere a la habilidad de identificar, anticipar y abordar de manera resolutive los conflictos sociales y los problemas interpersonales. Incluye la capacidad de reconocer situaciones que requieren una solución o decisión preventiva, evaluar riesgos, barreras y recursos. Cuando surgen conflictos, enfrentarlos de manera positiva ofreciendo soluciones informadas y constructivas. La capacidad de negociación y mediación son aspectos importantes para lograr una resolución pacífica, teniendo en cuenta la perspectiva y los sentimientos de los demás.
- **Capacidad para gestionar situaciones emocionales:** comprende la habilidad para manejar de manera efectiva las emociones en contextos sociales, utilizando estrategias de regulación emocional colectiva. Esto también implica la capacidad de influir o regular las emociones en los demás.
- **Liderazgo emocional:** consiste en ejercer influencia sobre las personas para que se comprometan en la consecución de metas importantes. El líder emocional busca generar el deseo en las personas de hacer lo necesario, gestionando las emociones del grupo y despertando entusiasmo.
- **Clima emocional:** La capacidad de generar un clima emocional positivo implica contribuir a crear un ambiente favorable. Aunque podemos ser afectados emocionalmente por diversas causas, nosotros decidimos si nos dejamos contagiar. Además, el contagio emocional es bidireccional, ya que también influimos en los demás. El liderazgo desempeña un papel importante en el potencial para generar un clima emocional adecuado.

Por último, Bisquerra (2020), describe las ***Habilidades de Vida y Bienestar*** como la capacidad de adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, sean personales, profesionales, familiares, sociales, de tiempo libre, etc. Las competencias para la vida permiten

organizarla de forma sana y equilibrada, facilitando experiencias de satisfacción o bienestar. Como aspectos de este bloque se incluyen:

- Fijar objetivos adaptativos, establecer metas adaptables: implica tener la habilidad de definir objetivos positivos y alcanzables. Algunos a corto plazo (para un día, semana, mes); otros, a largo plazo (un año, varios años).
- Toma de decisiones: refiere a desarrollar mecanismos personales para tomar decisiones rápidas en diversas áreas de la vida cotidiana, como situaciones personales, familiares, académicas, profesionales, sociales y de tiempo libre. También implica asumir la responsabilidad de las decisiones propias y considerar aspectos éticos, sociales y de seguridad.
- Buscar ayuda y recursos: es la habilidad de reconocer cuando se necesita apoyo y asistencia, así como saber cómo acceder a los recursos adecuados que están disponibles.
- Ciudadanía activa, participativa, crítica, responsable y comprometida: está atravesada por el reconocimiento de los propios derechos y deberes, el desarrollo de un sentimiento de pertenencia, la participación efectiva en un sistema democrático, con solidaridad y compromiso, el ejercicio de valores cívicos, el respeto por los valores multiculturales y la diversidad, etc. Esta ciudadanía se desarrolla a partir del contexto local, pero se abre a contextos más amplios (provincial/jurisdiccional, estatales, americanos, europeos, internacionales, globales).
- El bienestar emocional: constituye la capacidad de experimentar conscientemente diferentes formas de bienestar, tanto emocional, subjetivo, psicológico, personal, hedónico, profesional como global. Este bienestar se refleja en las relaciones familiares, amistades, trabajo y sociedad. La psicología positiva ha destacado el valor de las virtudes y fortalezas humanas como fuente de bienestar. El verdadero bienestar no se basa en un placer egoísta, sino en valores que promueven el bienestar general.

- Fluir: es la capacidad para generar experiencias óptimas en el ámbito profesional, personal, social, de tiempo libre, y en múltiples situaciones de la vida.
- Emociones estéticas: son aquellas que se experimentan al presenciar la belleza o una obra de arte en cualquier forma. Estas emociones brindan una sensación de bienestar. Es importante enseñar a disfrutar de las emociones estéticas y fomentar experiencias estéticas para el bienestar personal y social.

Sin embargo, Mikulic et al. (2015) tiene en cuenta que la cantidad de competencias socioemocionales identificadas y reconocidas varía según diferentes autores. A través de una revisión exhaustiva de la literatura internacional sobre el tema, se pudieron identificar nueve competencias que son incluidas por la mayoría de los autores dentro del conjunto de competencia socioemocionales básicas y son las siguientes:

- Consciencia Emocional
- Regulación Emocional
- Empatía
- Comunicación Emocional/Expresión Emocional
- Autoeficacia
- Autonomía
- Comportamiento Prosocial
- Asertividad
- Optimismo

## 2.2.2 Consumos problemáticos

### 2.2.2.1 Antecedentes y conceptualizaciones

La historia de las drogas está intrínsecamente ligada a la historia de la humanidad. A lo largo del tiempo, diversas sociedades han empleado diferentes productos químicos con el propósito de alterar estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción y afectar diversos procesos cognitivos, ya sea para fines individuales o colectivos (Davenport-Hines, 2003, citado en Gómez, 2018).

El uso de sustancias psicoactivas según Slapak y Grigoravicius (2007) no fue considerado un problema social durante gran parte de la historia de la humanidad, siendo reconocido como tal sólo a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Siguiendo con lo anterior, entonces el uso de la sustancia fue cambiando en su sentido, en un primer momento se constituía como un *facilitador del vínculo o vehículo hacía lo sagrado*, convirtiéndose en una predilección por el producto llegando a ser una práctica privada definida como anormal o problemática en la segunda mitad del siglo XIX (Touze, 2010).

En cuanto a la delimitación del concepto droga, Martínez Ruiz (2006) expone:

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprimible a tomar la sustancia de forma continuada o periódica, a fin de obtener sus efectos, y a veces, de evitar el malestar de su falta. En sentido amplio, se trata de una sustancia que afecta las funciones corporales y la conducta. (p.17)

Las sustancias psicoactivas no solo generan efectos físicos, sino también sensaciones psíquicas. Todas estas sustancias tienen la propiedad de refuerzo, lo que significa que pueden crear un deseo intenso de consumir nuevamente para experimentar efectos similares (Damin, 2010).

Estas sustancias afectan la síntesis, degradación o liberación de neurotransmisores y neuropéptidos en el cerebro. Son químicamente diversas y se unen a diferentes lugares en el cerebro y el cuerpo, lo que resulta en una variedad de efectos fisiológicos y conductuales después de su consumo (Damin, 2010).

Aunque sus mecanismos de acción y efectos tóxicos pueden variar, todas comparten ciertos efectos comunes. Fomentan la búsqueda de gratificación y, en individuos vulnerables con entornos propicios, pueden llevar a la adicción. Además, causan estados emocionales negativos después de su discontinuación (Damin, 2010).

La adicción a las drogas no se define por la dependencia física, sino por el patrón de búsqueda compulsiva a la droga (Damin, 2010).

Al cuestionar las imágenes y estereotipos asociados a los “adictos”, se puede abrir un debate más amplio y comprender la complejidad del problema. Las representaciones sociales, es decir, los conocimientos populares, imágenes, emociones y juicios morales que circulan en nuestra sociedad sobre los “adictos” contribuyen a la construcción simbólica colectiva de esta problemática (Gioffredo, 2019).

Por esto se señala el concepto de consumo problemático, el cual es relativamente novedoso ya que anteriormente las amplias conductas asociadas a la incorporación al organismo de sustancias eran categorizadas bajo la idea de adicciones, por lo que es pertinente pensar que, si se habla de consumo problemático, existe también un consumo no problemático, lo cual genera interrogantes al momento de encuadrar o diagnosticar, que no es una tarea sencilla (Damin, 2017).

Es comúnmente aceptado etiquetar a quienes consumen sustancias como “adictos”, pero es importante reconocer que existen diversos tipos de relaciones entre las personas y las sustancias, y no todos estos constituyen adicciones ni consumos problemáticos necesariamente. De hecho, la gran mayoría de las personas que consumen sustancias no

desarrollan problemas relacionados con su consumo. En contraste, un grupo relativamente pequeño en proporción al total de consumidores experimentará un uso problemático (Damin, 2017).

#### 2.2.2.2 Diversas formas de vinculación con las sustancias

Es esencial diferenciar entre el uso de sustancias, que puede incluir el uso recreativo, el consumo peligroso, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas (Damin, 2010).

El uso de una sustancia se puede definir como un consumo aislado, episódico y ocasional, sin desarrollar tolerancia ni dependencia. Sin embargo, es importante destacar que incluso un solo episodio de consumo puede ser peligroso, como en casos de intoxicación aguda o cuando una mujer embarazada consume alcohol, o también cuando se consume marihuana y luego se conduce un vehículo (Damin, 2010).

Por otro lado, el abuso de sustancias implica un consumo inadecuado en términos de cantidad, frecuencia o propósito. Esto conlleva un deterioro clínico significativo que resulta en la incapacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas y/o provoca alteraciones en las relaciones interpersonales, ya sean sociales o familiares. Ejemplos de abuso incluyen tomar un medicamento sin prescripción médica o en dosis superiores a las indicadas, la intoxicación por alcohol o el uso de drogas de diseño con fines recreativos, como el baile, entre otros (Damin, 2010).

La dependencia de una sustancia se manifiesta cuando una persona siente una necesidad incontrolable de consumir y desarrolla una dependencia tanto física como psicológica hacia ella. Esto se refleja en la necesidad de ingerir cantidades cada vez mayores de la sustancia para experimentar el efecto deseado, lo que se conoce como

tolerancia. Además, en muchos casos, se recurre al consumo para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia que surgen cuando se intenta dejar de consumir la sustancia (Damin, 2010).

Entonces se asigna la categoría de problemático al consumo de una sustancia cuando la forma en que la persona se vincula con la droga, trae como consecuencias daños en alguna de sus áreas: física, psicológica, social y espiritual (Touze, 2010 citado en Gioffredo, 2019).

Ampliando sobre la conceptualización, el uso problemático de sustancias se da en aquellas personas que aumentan en forma cuantitativa y cualitativamente su nivel de consumo, hasta llegar al punto de no tener proyectos de vida por fuera de la sustancia (Kornblit et al., 2011, citado en Gioffredo 2019).

Existen cuatro factores importantes que se han de tener en cuenta en forma conjunta. En primer lugar, qué es lo que se consume, atendiendo a la procedencia de la sustancia, su composición química, efectos sobre el sistema nervioso central, uso clínico y farmacológico, modo de presentación y preparación. En segundo lugar, quién es la persona que consume, advirtiendo diferencias físicas y psíquicas que influyen en los efectos no siendo de forma similar en todas las edades, sexo o clase social, remarcando el sentido que tiene el uso para esa persona en ese momento de su historia. En tercer lugar, cómo es la forma en que se consume, ya sea vías de administración, dosis, frecuencia e intencionalidad. Y por último cuándo y dónde se consume, explicando que los *escenarios* en donde se presenta el consumo condicionan el vínculo (Touze, 2010).

Por lo tanto, las diferencias entre los consumos problemáticos no remiten solamente a la sustancia o a su cantidad o frecuencia, sino que además existe una diferencia cualitativa respecto de las motivaciones y su contexto, ampliando el foco a todos los

elementos presentes: el sujeto –quien consume-, la sustancia –qué consume-, el entorno –cómo consume- y la circunstancia –cuándo consume (Touze, 2010).

### 2.2.2.3 Modelo transteorico de Prochaska y DiClemente en las conductas adictivas

De acuerdo con lo planteado por Salabert (2001), Prochaska y DiClemente exponen un modelo explicativo de la forma en que se produce el cambio intencional del comportamiento.

Proponen un modelo global de cambio para la comprensión de las conductas adictivas que debe satisfacer las siguientes demandas:

Ser aplicable a distintas formas de cambio desde intervenciones tradicionales de rehabilitación hasta la modificación del individuo sin ayuda especializada. Además, debe tener en cuenta las diversas conductas adictivas, también debe ser útil como resumen de los diferentes modelos del cambio, obteniendo una explicación global del mismo promoviendo así la integración de tratamientos e intervenciones fragmentadas y excluyentes entre sí, por último debe estar abierto al progreso lo que implica incorporar y fusionar variables que sean importantes para entender cómo las personas cambian su comportamiento adictivo (Salabert, 2001).

Siguiendo con lo anterior, “el modelo tiene su origen en los estudios de James O. Prochaska a fines de los años 70 en la universidad Rhode Island” (Prochaska, 1978, citado en Salabert, 2001, p. 23).

“Este autor se propuso en un principio la realización de un análisis de los sistemas de psicoterapia intentando encontrar lo mejor de cada uno de ellos, esto fundamenta el término transteórico utilizado posteriormente para denominar el modelo desarrollado con DiClemente” (Prochaska y DiClemente, 1984, citado en Salabert, 2001, p. 34).

Luego, en los años 80, Prochaska y DiClemente se dirigieron a la investigación de los procesos de cambio presentes en las personas que tienen conductas adictivas buscando ayuda profesional o sin ella. Como resultado de sus estudios propusieron un modelo explicativo tridimensional (procesos, estadios y niveles de cambio) (Prochaska y DiClemente, 1983, citado en Salabert, 2001).

Una de las dimensiones más importantes de este modelo es la de los estadios o fases del cambio dedicado al tratamiento de conductas adictivas, estos son:

- Pre contemplación: en este estadio los consumidores no son conscientes o lo son mínimamente, de que dicha conducta es problemática, la conflictiva se centra en que no pueden ver el problema por lo tanto no buscan ayuda terapéutica o lo hacen presionados por circunstancias ambientales, abandonando las acciones cuando disminuyen dichas presiones.
- Contemplación: los usuarios son conscientes de la problemática y consideran la posibilidad del cambio, pero sin poder establecer un compromiso constante de cambio, en este estadio se encuentran más receptivos a la información sobre su comportamiento adictivo.
- Preparación: etapa en la cual el sujeto decide y se compromete a abandonar su conducta adictiva, en dicha fase se efectúan pequeños cambios conductuales, aunque estos no cumplan el criterio para considerar que se encuentra en la fase de acción.
- Acción: etapa en la cual el sujeto modifica su conducta y estilo de vida con o sin ayuda especializada. En dicha etapa es necesario el compromiso, dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.
- Mantenimiento: el sujeto trata de conservar y consolidar los cambios adquiridos en la etapa anterior, intentando de esta forma prevenir una recaída en el comportamiento

problemático. No radica en una ausencia de cambio, sino en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad (Prochaska et al., 1992, citado en Salabert, 2001).

De esta manera, el éxito del cambio se da a través de un avance progresivo desde la pre contemplación al mantenimiento, esta perspectiva permite comprender que el individuo debe pasar por estos estadios ya que muchas veces no se encuentra preparado en el primer momento para acceder al estadio de acción y por lo tanto el tratamiento se enfocará según las características del estadio en el que se encuentre el sujeto (Salabert, 2001).

Por otra parte, la mayoría de los individuos que inicia la acción para modificar sus adicciones no mantiene exitosamente sus logros en el primer intento, por lo que la recaída ocurre frecuentemente en este proceso (Salabert, 2001).

Entonces, la recaída sucede cuando las tácticas de cambio empleadas no logran mantener al individuo en las etapas de acción o mantenimiento, lo que resulta en un regreso a etapas anteriores. Esto puede ocurrir con mayor frecuencia en la etapa de contemplación o preparación, y en ocasiones incluso en la etapa de pre contemplación (Salabert, 2001).

Así pues, los estadios representan un modelo de acción en el abandono de las conductas problemáticas que no es lineal, se trata de un modelo en espiral que representa el curso cíclico pero abierto del cambio en el cual muchos individuos recaen, pero no evolucionan en círculos eternamente ni regresan donde comenzaron ya que en cada ciclo se puede aprender de los errores e intentar algo diferente la siguiente vez (Salabert, 2001).

#### 2.2.2.4 Marco normativo

En el plano jurídico se promulgaron distintas leyes que nos permiten realizar un abordaje exhaustivo en situaciones de consumo problemático. La Ley Nacional de Salud

Mental, N°26657, sancionada en el año 2010 por el Poder Legislativo Nacional, en su artículo 4 establece: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Esta ley convoca a instalar el reconocimiento de los “adictos” como sujetos de derecho, y superar la idea del paciente/beneficiario como objeto de asistencia. Se les otorga otra entidad donde se les reconoce su capacidad de tomar decisiones y participar de los procesos de intervención o asistencia. Se les reconocen los derechos a: la intimidad; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a acceder a su historia clínica, y derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, Art. 7). Respecto a la temática, esta ley, además, establece que el Estado “garantiza el derecho de toda persona a: acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial; ser atendida en hospitales generales, sin discriminación; que no se creen nuevos manicomios, y a que los existentes se adapten a los principios de esta ley, hasta su sustitución por dispositivos basados en la comunidad; ser tratada en base a la estrategia de atención primaria de la salud en el lugar más cercano a su domicilio”

(Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010, Ley Nacional de Salud Mental 26657, Art. 27)).

También, es necesario tener en cuenta el Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos, N° 26934, sancionado en el año 2014 por el Poder Legislativo Nacional, en cuyo segundo artículo establece que los consumos problemáticos son aquellos que mediando o sin mediar sustancia alguna afectan negativamente, en forma crónica, la salud psicofísica del sujeto, y/o las relaciones sociales, manifestándose los mismos como adicciones o abuso a distintas sustancias o conductas compulsivas hacia alguna determinada conducta (Gioffredo, 2019).

Por tal motivo, Acosta y Castro (2000, citado en Gómez, 2018) plantean que las drogas se convierten en el centro de una relación cuando ésta llega a ser adictiva. En diversos campos científicos, se sostiene que la mera existencia de las drogas no es la causa directa de su consumo problemático. En cambio, lo que existe es una relación de multicausalidad que involucra el consumo de drogas, los factores de riesgo individuales de la persona consumidora y su entorno social.

#### 2.2.2.5 Paradigma de reducción de riesgo y daños

En lo que refiere a los enfoques prohibicionistas que se apoyaban en la abstinencia como modelo de atención, estos han mostrado limitaciones para atender los problemas del uso de drogas. De esta forma no han podido disminuir el consumo y llevaron a la construcción de representaciones sociales negativas sobre los usuarios de drogas (como personas irracionales, y por ello, peligrosas), que influyen en el mantenimiento de procesos de exclusión social (Galante et al., 2009).

En consecuencia, la reducción de daños surge como una forma de atención alternativa, que propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de drogas. En la Argentina, la reducción de daños comenzó a implementarse en los años noventa como modo de afrontar la epidemia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre las personas que usaban drogas por vía inyectable (Galante et al., 2009, p.115).

Además, las dificultades en el acceso de los consumidores de drogas a los servicios asistenciales permiten considerarlo un factor clave en los procesos de salud-enfermedad. De tal modo que uno de los desafíos de este paradigma consiste en desarrollar acciones no sólo con los usuarios de drogas, sino también con las instituciones que deben prestarles asistencia (Galante et al., 2009).

En la actualidad, el enfoque de reducción de daños se orienta a la prevención y asistencia de una amplia gama de problemas relacionados con los procesos de vulnerabilidad social a partir de la intervención comunitaria. Los equipos que trabajan con la reducción de daños tienen en cuenta la complejidad de los procesos que producen daños asociados al uso de drogas y por esto desarrollan acciones para involucrar a otros habitantes del territorio en el que intervienen (vecinos, militantes sociales, instituciones públicas: escuela, centros de salud) en la transformación de situaciones de padecimiento (Galante et al., 2009).

Por otra parte, en cuanto al paradigma de reducción de riesgos y daños, Benedetti (2015) afirma que una de las características más significativas es la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción. En la estrategia para reducir los riesgos no se considera como opción dejar de consumir; por el contrario, sostiene que una persona que consume debe ser ayudada por el profesional a disminuir los riesgos que tengan relación con el consumo. Otra de las características es hacer hincapié en el sujeto, que es definido como

responsable de sus actos siendo un sujeto al cual le tenemos que abrir un espacio de escucha y posibilidades para que se pueda preguntar qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo. Este debe tener participación en su tratamiento.

Así mismo, Benedetti (2015) habla de una “prevención inespecífica” haciendo referencia a que ésta no debe dirigirse de modo lineal a la producción de un efecto, sino como una intervención que apunta a algo más y no solo a prohibir el inicio del consumo. También plantea que se debe tomar la idea de prevención en tanto promoción de posibilidades, de sentidos, de transformaciones y alternativas para la resolución de problemas.

### **2.2.3 Síndrome de Burnout**

#### **2.2.3.1 Delimitación del concepto de Burnout**

Para comenzar a hablar sobre el burnout, Gillaa et al. (2019), mencionan que constituye en la actualidad un fenómeno en expansión en el ámbito laboral. En Argentina las condiciones de vida de la población, los recursos sanitarios disponibles, la pérdida del valor social de las profesiones de la salud, son algunas de las variables que condicionan el trabajo profesional, a la vez que contribuyen a crear vulnerabilidad y predisponen a los profesionales a diferentes formas de estrés. Sumado a esto, las escasas ofertas de empleo y la gran cantidad de profesionales dedicados a la salud mental en el país, contribuyen a que los requerimientos competitivos sean cada vez mayores, aumentando aún más el riesgo de padecer estrés.

En cuanto al aspecto teórico, la primera mención del Síndrome de burnout fue realizada por Bradley (1969, citado en El Sahili González, 2016), quien designa con el

término burnout a un tipo de estrés que consume la energía de los profesionistas en el trabajo.

En segundo lugar, Freudenberger (1974, citado en El Sahili González, 2016):

Utiliza este mismo término para describir la pérdida de entusiasmo, acompañada de diversos síntomas psíquicos como la merma motivacional y síntomas físicos: fatiga, insomnio, dolor de cabeza, excesivas preocupaciones y diversos desórdenes gastrointestinales, los cuales padecían los practicantes de la clínica para toxicómanos, Para este autor, el síndrome es un estado de fatiga crónica combinado con depresión y frustración, generado por determinadas características personales de los practicantes médicos, ya sea por su estilo de vida o diversas propensiones; por estar, como es de esperarse en un voluntario, en una “relación laboral” que no genera una recompensa bastante favorable, y que al final reducía su participación y la satisfacción en el trabajo. (pp. 2,3)

#### 2.2.3.2 Burnout en profesionales

Maslach (1976, citado en El Sahili González, 2016) enfocó su interés en las estrategias desarrolladas por los cuidadores de diversas áreas para hacer frente a la carga emocional que les demandaban sus clientes. Al estudiar el desgaste de estos sujetos, descubrió que acababan burned out, es decir, “quemados” o sin energías después de la realización de esfuerzos prolongados; esto la llevó a reflexionar que el centro del problema no sólo estaba presente entre personal médico, sino en todo un conjunto de profesiones similares. A diferencia de Freudenberger (1976, citado en Sahili González, 2016) postuló que:

El desgaste profesional traspasa al individuo y se produce por el entorno laboral. Estas aseveraciones fueron expuestas en 1976 durante el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA), con lo cual logró iniciar una revalorización del término, así como una difusión sin precedentes del mismo. (p. 3)

Según El Sahili González (2016), desde que Maslach analizara este concepto se comenzaron a desarrollar diversas definiciones con diferentes interpretaciones al interior de la comunidad científica. Este periodo abarca de 1976 a 1981 como la propuesta transaccional del burnout de Cherniss (1980), donde el individuo y el medio ambiente no son concebidos como entidades separadas, sino como componentes de un proceso influenciado de forma asociada. En ese mismo año Jerry Edelwich y Archie Brodsky, proponen cuatro fases antes de adquirir el síndrome de burnout: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

En 1981 (El Sahili González, 2016) ya se habían extendido por todo el mundo los estudios sobre el síndrome de Burnout, y es en este momento que Maslach junto con Jackson, normalizaron el estudio y la conceptualización sobre el burnout, ambas propusieron la medición del mismo a través de un inventario llamado Maslach Burnout Inventory, el cual abarca 22 aseveraciones.

También Schaufeli, Maslach y Merck (1996, citado en El Sahili González, 2016), definieron al burnout como un “síndrome vinculado con el compromiso laboral más que con las profesiones de atención, que puede ser aplicado a la mayor parte de las actividades que impliquen un desempeño remunerado, inclusive las técnicas o no profesionales” (p.4).

En la mayoría de las profesiones existen situaciones y presiones que producen estrés en las personas siendo nocivas para la salud, generando muchas veces síntomas que afectan el rendimiento y el buen desempeño, tanto en el ámbito laboral como en la vida diaria (Alecsiuk, 2015).

Así pues, el síndrome de burnout según Tonon (2003), es una “respuesta a la estresante situación laboral crónica que se produce, principalmente, en el marco del mercado laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios” (p.37).

Asimismo, para la Organización Internacional del Trabajo, los distintos profesionales de la salud se encuentran dentro del grupo más propenso a sufrir estrés laboral, como consecuencia de las condiciones laborales (Lauracio y Ticona, 2020).

Por otro lado, Schaufeli y Enzmann (1998, citado en El Sahili González, 2016), consideran al burnout como “un persistente estado negativo de la mente, relacionado con el trabajo, el cual ocurre con individuos normales. Sus características particulares son agotamiento, desconsuelo, un sentido de competencia reducida, baja motivación y desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo” (p.6).

#### 2.2.3.3 Dimensiones del Burnout

Por su parte, Maslach y Jackson (1981, citado en Cólica, 2018) “consideran que es una respuesta de estrés crónico que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo” (p. 22).

En consecuencia, Tonon (2003) sostiene que:

El agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales que corresponde a la medida del nivel del sentirse abrumado emocionalmente. La despersonalización comprende la respuesta impersonal y la falta de sentimientos por los sujetos atendidos, que se expresa en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los

receptores del servicio prestado. La realización personal en el trabajo, se refiere a los sentimientos de competencia y realización exitosa en la tarea laboral que se desempeña cotidianamente y que en el caso del síndrome de burnout corresponde a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con el reproche de no haber alcanzado los objetivos propuestos y con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Ahora bien, como el/la profesional que padece el síndrome puede reconocer o no lo que le está ocurriendo, el peligro aumenta dado que el proceso puede cristalizarse. Simultáneamente, lo que le ocurre al/la profesional también afecta a las personas que atiende, generando así, una disminución de la calidad y la eficacia en la prestación del servicio, que podría llegar hasta situaciones en las cuales, las personas atendidas, no sean tenidas en cuenta o resulten maltratadas. (p.40)

Por otra parte, D' Antonio y Tordó (2017) hacen referencia a las tres dimensiones planteando que el agotamiento emocional refiere a los sentimientos que experimentan los trabajadores donde no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos debido al contacto diario y mantenido con personas.

La despersonalización es el desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que suelen ser vistas de forma deshumanizada lo que conlleva a que las culpen de sus problemas (D' Antonio y Tordó, 2017).

Con relación a la falta de realización personal, el sujeto tiende a evaluarse negativamente; puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad; se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales - si bien puede surgir el efecto

contrario: una sensación de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses aumentando su dedicación al trabajo y a los demás- (D' Antonio y Tordó, 2017).

Asimismo, Cólica (2018) plantea que en estos individuos comienzan a aparecer ideas de frustración y fracaso, desvalorización de las propias capacidades. También aparecen cambios de humor e irritabilidad hasta llegar a comportamientos agresivos, pérdida de la capacidad de disfrutar, pensamientos negativos sobre la persona misma hasta llegar a un estado de autovaloración negativa que lleva a la pérdida de la autoestima. Al principio, en estos individuos predomina la ansiedad anticipatoria de hechos que todavía no han ocurrido imaginados como negativos que muchas veces produce una especie de parálisis que es llamada inhibición de la acción. Luego comienzan periodos de depresión transitoria. Aparecen malos entendidos, irritabilidad y discusiones con los superiores, luego con los compañeros y por último se extiende a la vida privada. Es común la llegada tarde al ámbito laboral y el incremento del ausentismo laboral.

#### 2.2.3.4 Sintomatología del Síndrome de Burnout

El Sahili González (2016) afirma que cada persona manifiesta de manera diferente los síntomas del síndrome de burnout, ya que el índice de desgaste está ligado a su personalidad, a pesar de ello es posible distinguir a quienes padecen este síndrome por tres aspectos:

- Un deterioro del compromiso del trabajo. La labor llega a convertirse en algo cada vez más desagradable que no llena las aspiraciones como antes.
- Un desgaste de las emociones. Los sentimientos que la persona solía tener como entusiasmo, dedicación, seguridad y disfrute desaparecen y son reemplazados por los de ira, ansiedad y depresión.

- Un desajuste entre la persona y el trabajo. Los individuos que viven con este padecimiento, gestaron su indisposición de forma gradual por cuestiones que ellas creían atribuibles a sí mismas y es difícil que observen los factores que se dieron en su empleo y que originaron ese desajuste.

También las personas afectadas por este síndrome piensan que no sirven para realizar su trabajo y que algún problema personal les impide realizarlo (Colica, 2018).

#### 2.2.3.5 Relación existente entre las variables a estudiar

El estudio de este síndrome es de suma importancia, pues no solo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece, sino que, en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes. La frecuencia de este síndrome se ha identificado como elevada, lo que motivó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 lo calificara como riesgo laboral (Roche et al., 2019).

Así pues, la OMS (1994, citado en Cappri, 2016) destaca que “el Burnout se ha transformado en un grave problema para quienes cuidan a personas con enfermedades crónicas, que repercute en el staff y en los miembros de la familia” (p.9).

De esta manera Nájera Fon Fay (2021), decide desarrollar su estudio sobre el burnout que pueden experimentar los profesionales de ayuda social, teniendo en cuenta que el contexto laboral es el principal eslabón para el desarrollo de este síndrome, se puede decir que el ambiente laboral de los centros de rehabilitación influye directamente sobre el estrés laboral a largo plazo

En efecto, las características de personalidad de los sujetos con consumos problemáticos tales como la agresividad, dependencia, dificultad de expresión de

emociones, impasividad, crean un ambiente conflictivo para la tarea profesional (Chromechek et al., 2014).

Además, se suman dificultades educativas, de salud mental y de marginación social (Roche et al., 2019).

De acuerdo a la satisfacción laboral de los terapeutas de pacientes drogodependientes, su actividad laboral implica el manejo de niveles de frustración más intensos en comparación con otros pacientes, ya que el porcentaje de recaídas, debido a que el índice de recaídas tiende a ser más alto por la naturaleza de la enfermedad. Además, el tratamiento de estos pacientes conlleva un nivel de dificultad considerable. La atención a este tipo de pacientes provoca contratransferencias, muchas veces difíciles de manejar (Roche et al., 2019).

Asimismo, en los pacientes con consumos problemáticos el establecimiento de la alianza terapéutica resulta complejo debido a las características propias de estos como la manipulación y la ausencia de conciencia de enfermedad, de esta manera es necesaria una gran involucración emocional que también permita transmitir al paciente que no es juzgado (Casari et al., 2017).

Igualmente, las tareas propias de los profesionales como promover la salud, prevenir y curar producen distintos grados de satisfacción, sin embargo, también pueden generar padecimientos debido a la tensión laboral a la que se ven sometidos (Roche et al., 2019).

En lo referente al ambiente laboral de los profesionales un sistema de salud óptimo se desarrolla en base al desempeño laboral favorable de sus trabajadores; no obstante, se ha descuidado este aspecto exigiendo a los profesionales de la salud el cumplimiento de metas a corto plazo que conlleva una entrega laboral alta (Lauracio y Ticona, 2020).

Por lo tanto, es necesario que el profesional pueda utilizar sus competencias emocionales, ya que estas inciden en un mejor rendimiento y productividad, fortaleciendo la capacidad para aminorar los efectos negativos del estrés laboral tanto en la salud física como emocional generando mayor resistencia al burnout (Castrillón y Cala, 2020).

En resumen, las habilidades socioemocionales son competencias que facilitan las relaciones interpersonales y actitudes pro sociales, y predispone a construir un clima social propicio para el trabajo grupal productivo y satisfactorio (Castrillón y Cala, 2020).

Asimismo, Abraham (2004, citado en Figuera y Salas, 2010) señala que:

Las capacidades de conciencia emocional, la justa autovaloración, y la autoconfianza pueden ser percibidas como el suministro de un mapa de carreteras hacia la construcción del ajuste necesario en el trabajo, el manejo de las emociones descontroladas, la motivación a uno mismo, y la evaluación de sentimientos de otros, así como el desarrollo la capacidad de guiar y motivar. (pp. 79-80)

Por último, Elias (1997, citado en Alzina y Escoda, 2007) sostiene que “actualmente las competencias emocionales se consideran un aspecto importante de las habilidades de empleabilidad. En el mundo laboral se acepta que la productividad depende de una fuerza de trabajo que sea emocionalmente competente” (p. 65).

## CAPÍTULO III

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo.

Según la temporalidad, se trató de una investigación de tipo transversal porque se realizó la medición de las variables en un solo momento y de una sola vez.

De acuerdo a sus objetivos, se trató de un estudio de tipo descriptivo - correlacional.

Se trata de un estudio descriptivo ya que “intenta describir las características de un fenómeno a partir de la determinación de variables o categorías ya conocidas” (Yuni y Urbano, 2014, p.15). A su vez, es correlacional, es decir, “intenta establecer las relaciones o asociaciones entre variables a fin de brindar una imagen más completa del fenómeno y avanzar en el conocimiento de la realidad como producto de la interacción de varias variables” (Yuni y Urbano, 2014, p.16).

Según el tipo de fuente a utilizar, se trata de un estudio de campo, debido a que los datos se reunieron directamente de los sujetos.

#### **3.2. Muestra**

La muestra de la investigación estuvo compuesta por profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito de consumos problemáticos de la Provincia de Entre Ríos. La misma fue de un tamaño de 38 sujetos, conformada por Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros. Se tuvieron en cuenta sujetos de ambos sexos (varones y mujeres)

Para formar parte de la muestra, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Profesionales de la salud que se desempeñan en consumos problemáticos que cuenten con 5 años como mínimo de ejercicio en la práctica con pacientes con consumo problemático, además la disponibilidad para participar voluntariamente, informando su consentimiento de manera escrita.

Principalmente se consideró como criterio de exclusión que los participantes sean colaboradores de centros de consumos problemáticos, que mediante su voluntad decidan brindar ayuda a los pacientes adictos, por el tiempo que crean necesario. Por otra parte, la investigación se trata de una muestra no probabilística, de tipo intencional.

La muestra estuvo conformada por un subgrupo de la población, en el que la elección de los elementos dependió de las características de la investigación, y no de la población. Este tipo de muestra supone un procedimiento de selección informal, en el que se seleccionan individuos o casos típicos sin intentar que sean representativos de una población determinada (Hernandez Sampieri et al.,2010).

### **3.3. Técnicas de Recolección de Datos**

#### **3.3.1 Cuestionario sociodemográfico**

El cual estuvo conformado por una serie de preguntas (ver anexos), las cuales permitieron comprender mejor las características generales de la población estudiada.

#### **3.3.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Para evaluar el estrés crónico en profesionales de la salud se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI): diseñado por Maslach y Jackson en 1981.

El mismo está conformado por 22 ítems, valorados mediante una escala de tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). La versión del cuestionario

utilizada consta de 22 ítems ante los cuales la persona debe indicar con qué frecuencia experimenta la situación descrita en cada afirmación (ejemplo de ítem: «Me siento agotado al final de la jornada de trabajo. La estructura de la escala se encuentra compuesta por tres factores, los cuales explican el 43.39% de la varianza (Olivares Faúndez & Gil-Monte, 2009), con valores para AE de 19.45%, para RP de 15.07%, y para DP de 8.86%. En la versión de Olivares-Faúndez y Gil-Monte. (Grilla, Gimenez, Morana y Olaz, 2019, p.182), los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos fueron de .90 en la escala de AE, .79 en DP .71 en RP.

Cuenta con 3 factores: el Agotamiento Emocional (9 ítems), la Despersonalización (5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (5 ítems). Su adaptación a la población argentina fue realizada por Gillaa, Giméneza, Morana y Olaz en 2019. La adaptación se realizó mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) por medio del método de estimación de Máxima Verosimilitud robusto para evaluar la estructura interna del instrumento. La consistencia interna se calculó mediante el coeficiente de confiabilidad compuesta; en el proceso de validación participaron 544 psicólogos y psiquiatras argentinos de entre 23 y 71 años de edad. El modelo inicial mostró índices de ajustes aceptables. Luego de la eliminación del ítem 12 del análisis, el ajuste del modelo mejoró. Es así que concluyen que el MBI-HSS es una escala fiable para la evaluación del burnout. (Gillaa, et al.,2019).

### 3.3.3 Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE)

Se utilizó el Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE) creado por Mikulic, Crespi y Radusky, en 2015. El instrumento consta de 72 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 5 opciones a saber: completamente en desacuerdo, en

desacuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y completamente de acuerdo. La misma evalúa nueve competencias socioemocionales: conciencia emocional, regulación emocional, empatía, expresión emocional, autoeficacia, prosocialidad, asertividad, optimismo, autonomía emocional. con una consistencia interna: coeficiente alpha promedio de .72.

En cuanto a la validez externa, participaron 509 sujetos, 218 hombres y 291 mujeres, edades entre los 18 y 65 años ( $M = 30$ ;  $DS = 10$ ). Se exploró la existencia de diferencias significativas según género mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

Por otra parte, la validez concurrente expone dos grupos de participantes igualados por género: a) 98 sujetos, edad:  $M=24$ ;  $DS=4$ ; y b) 109 sujetos, edad:  $M=43$ ;  $DS=6$ . El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional y los participantes, residentes en CABA y Conurbano Conurbano Bonaerense. Se exploró la correlación entre las dimensiones del ICSE y otros instrumentos ya validados en nuestro medio cuyos constructos se corresponden teóricamente con las competencias evaluadas.

Como resultado, las mujeres obtuvieron puntuaciones más significativas que los hombres en: expresión emocional ( $t=-2,85$ ,  $p<0.01$ ), conciencia emocional ( $t=-3,46$ ,  $p<0.01$ ), empatía ( $t=-2,26$ ,  $p<0.05$ ) y prosocialidad ( $t=-4,76$ ,  $p<0.01$ ).

Se han obtenido correlaciones positivas, entre  $r=.32$  y  $r=.78$ , significativas en todos los casos, entre las distintas dimensiones del ICSE y otros instrumentos que evalúan constructos con correspondencia teórica (Mikulic et al., 2015).

#### **3.4. Procedimientos de Recolección de Datos**

La administración del cuestionario sociodemográfico y de los inventarios escogidos se realizó a profesionales que trabajan en centros de salud de consumos problemáticos o en consultorio privado de la Provincia de Entre Ríos.

Se solicitó la firma del consentimiento informado (anexo) de los profesionales. Los protocolos y cuestionarios fueron administrados de forma individual, resguardando la confidencialidad de la información recabada.

### **3.5. Procedimientos de Análisis de Datos**

Se llevó a cabo un procesamiento y análisis estadístico de los datos extraídos de las muestras, utilizando el programa estadístico SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (Versión 22).

Para conocer las características de la población se utilizaron diferentes estadísticos descriptivos como porcentajes, medias de grupos, desvíos estándar y frecuencias.

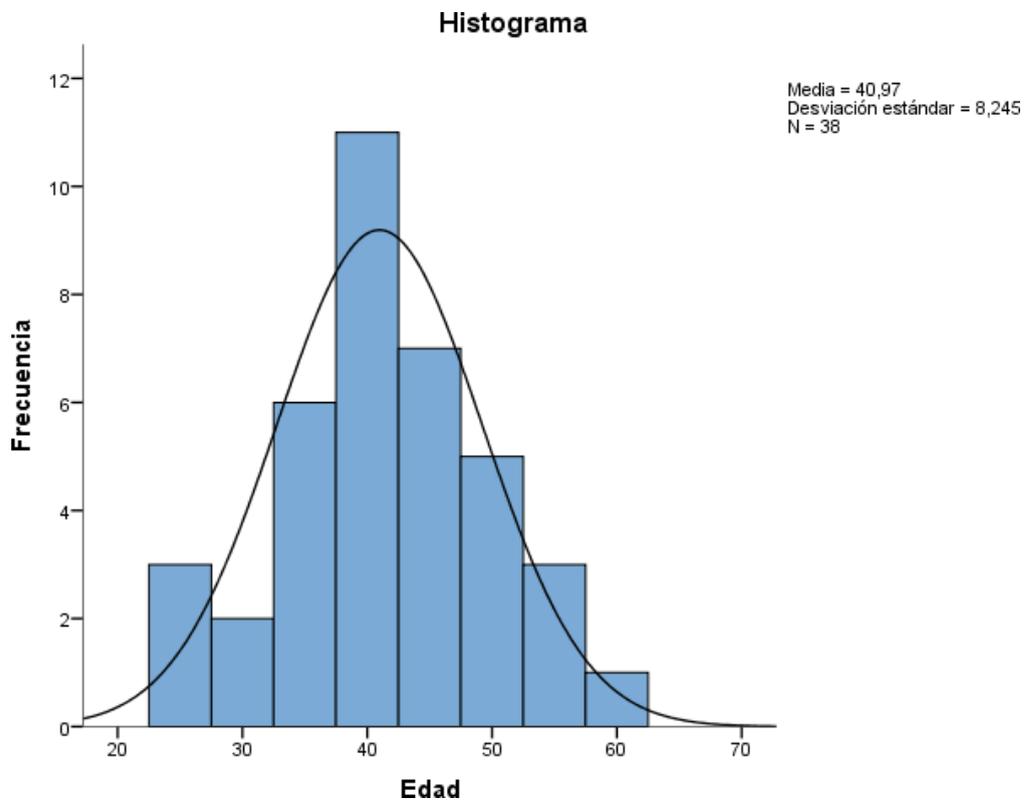
Se realizaron los análisis para correlacionar las variables competencias emocionales y síndrome de Burnout y así ver la relación estadística existente entre ambas (Coeficiente de correlación de Spearman).

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Resultados de la muestra

La muestra (n= 38) estuvo compuesta por psicólogos, psiquiatras y enfermeros entre 25 y 59 años, siendo la media de edad de 40.97 (DT= 8.24) (Ver Figura 1).



*Figura 1. Distribución de las edades de la muestra*

En cuanto al sexo de los participantes de la muestra, estuvo compuesta por una mayoría del sexo masculino, que representaron el 52.6 % (n=20) de la misma, mientras que el 47.4 (n=18) estuvo compuesta por el sexo femenino (Ver Figura 2).

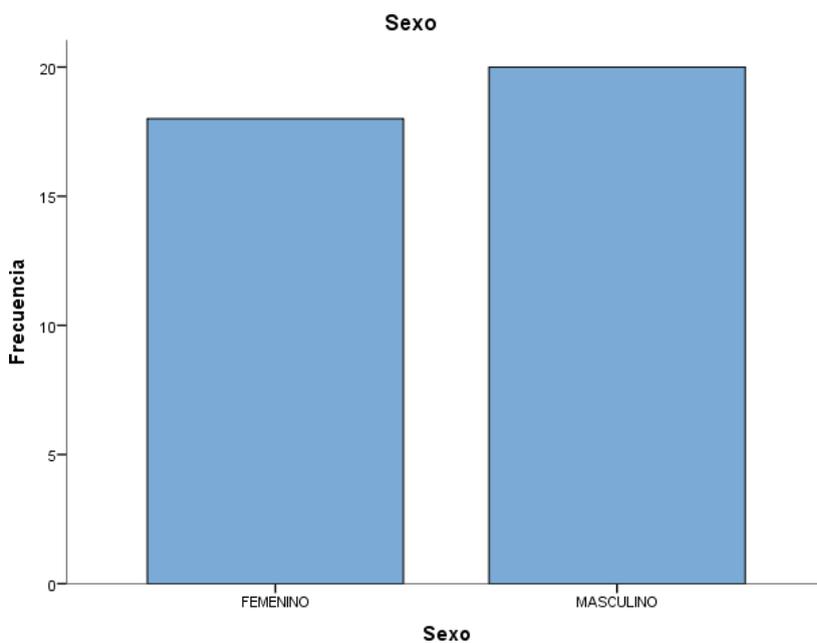
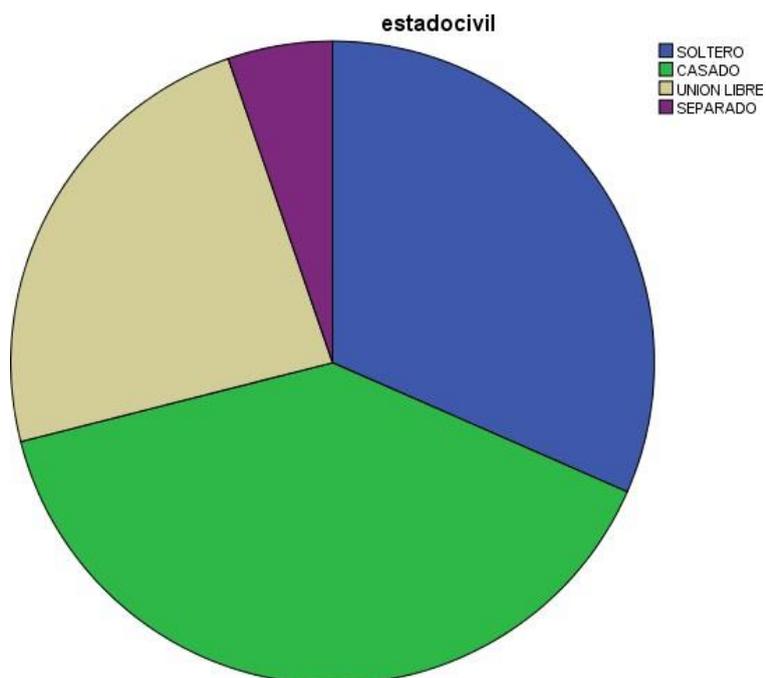


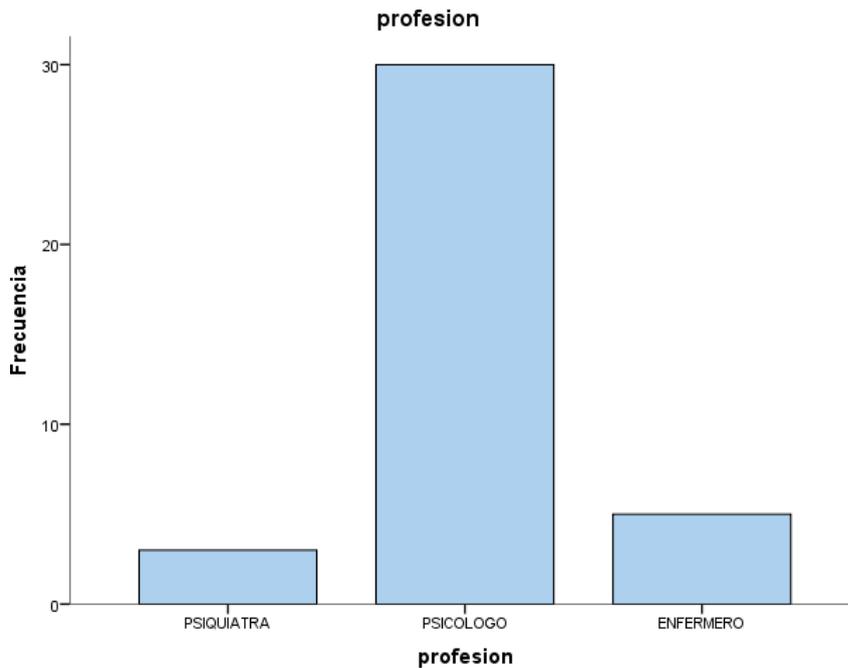
Figura 2. Distribución de la muestra según el sexo

En relación al estado civil, el 39.5% (n=15) mencionó que está casado/a, el 31.6% (n=12) reportó que está soltero/a, el 23.7% (n=9) comunicó que está en unión libre y el 5.3% (n=2) manifestó estar separado/a (Ver Figura 3).



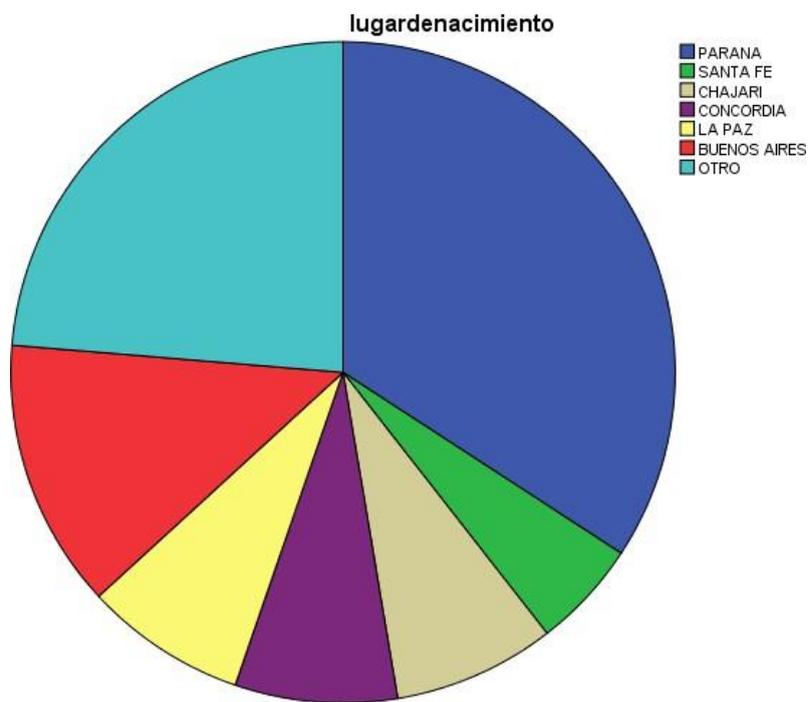
*Figura 3. Distribución de la muestra según estado civil*

En cuanto a la profesión de los encuestados, un 78.9% (n=30) son Psicólogos, un 13.2% (n=5) son Enfermeros y 7.9% (n=3) Psiquiatras (Ver Figura 4).



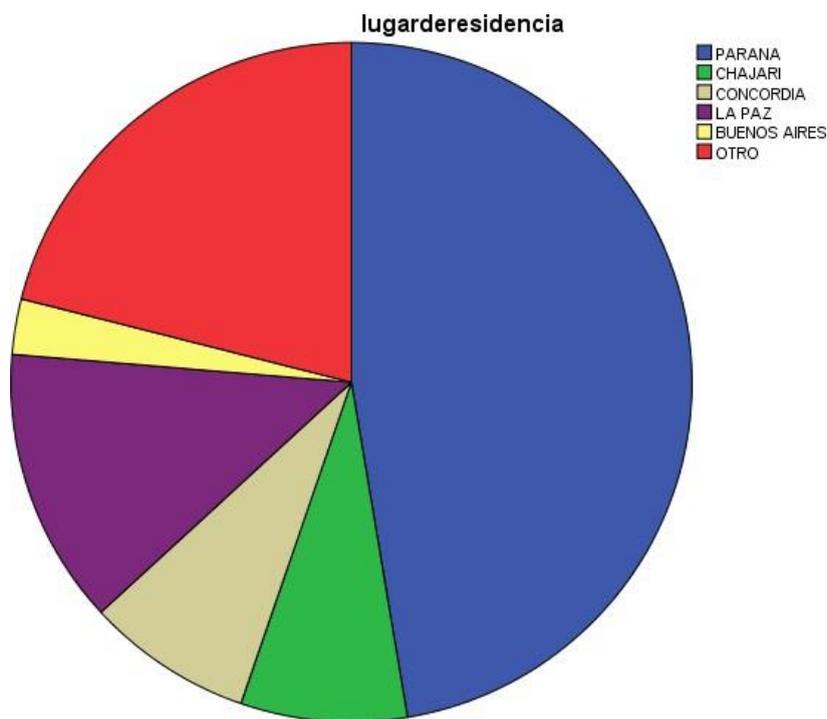
*Figura 4. Distribución de la muestra según profesión*

En relación al lugar de nacimiento de los encuestados, la mayoría son de la ciudad de Paraná con el 34.2% (n=13), seguido por otro (valor referente a otras localidades no mencionadas en el cuestionario) con el 23.7% (n=9), Buenos Aires con el 13.2% (n=5), 7.9% para Chajarí (n=3), así como el mismo porcentaje para Concordia (n=3) y La Paz (n=3). Por último Santa Fe con el 5.3% (n=2) (Ver Figura 5).



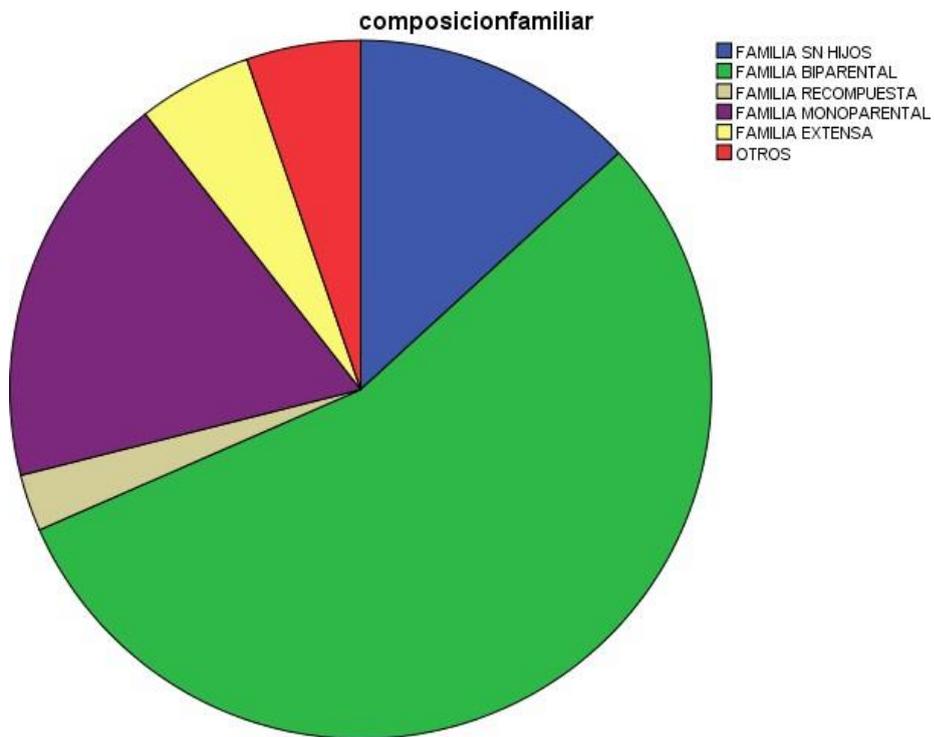
*Figura 5. Distribución de la muestra según lugar de nacimiento*

Respecto al lugar de residencia de los encuestados, la mayoría reside en la ciudad de Paraná con el 47.4% (n=18), seguido por otro (valor referente a otras localidades no mencionadas en el cuestionario) con el 21.1% (n=8), La Paz con el 13.2% (n=5), 7.9% para Chajarí (n=3) y Concordia (n=3) y por último Buenos Aires con el 2.6% (n=1) (Ver Figura 6).



*Figura 6. Distribución de la muestra según lugar de residencia*

En cuanto a la composición familiar de los encuestados, el 55.3% (n=21) menciona que integra una familia biparental, el 18.4% (n=7) compone una familia monoparental, el 13.2% (n=5) constituye una familia sin hijos y el porcentaje restante se divide en familia extensa, otros y familia recompuesta (Ver figura 7).



*Figura 7. Distribución de la muestra según la composición familiar*

En relación al nivel alcanzado en la profesión de los encuestados, el 42.1% (n=16) obtuvieron el grado de Licenciatura, el 34.2% (n=13) alcanzaron un posgrado, el 21.1% obtuvieron otros niveles y el 2.6% (n=1) alcanzaron una maestría (Ver Figura 8).

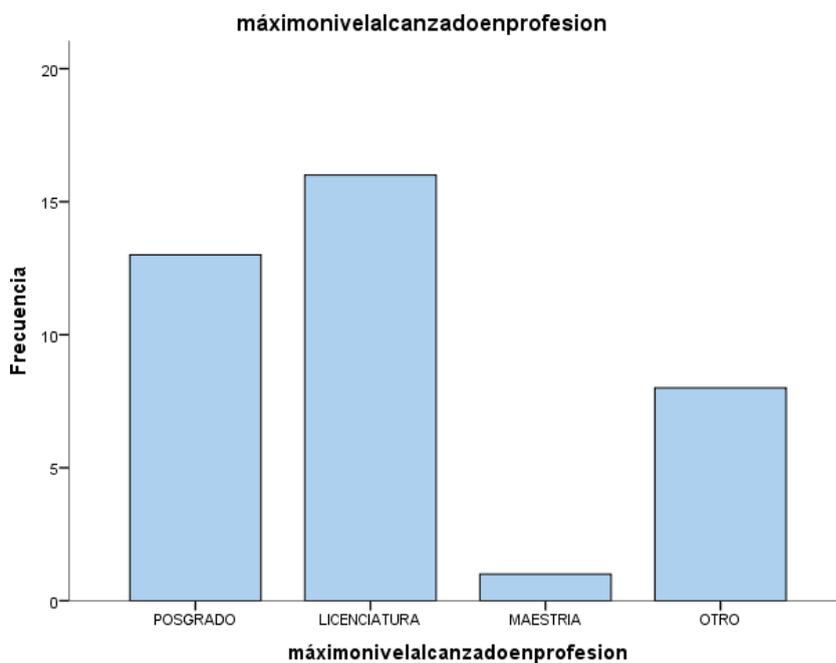


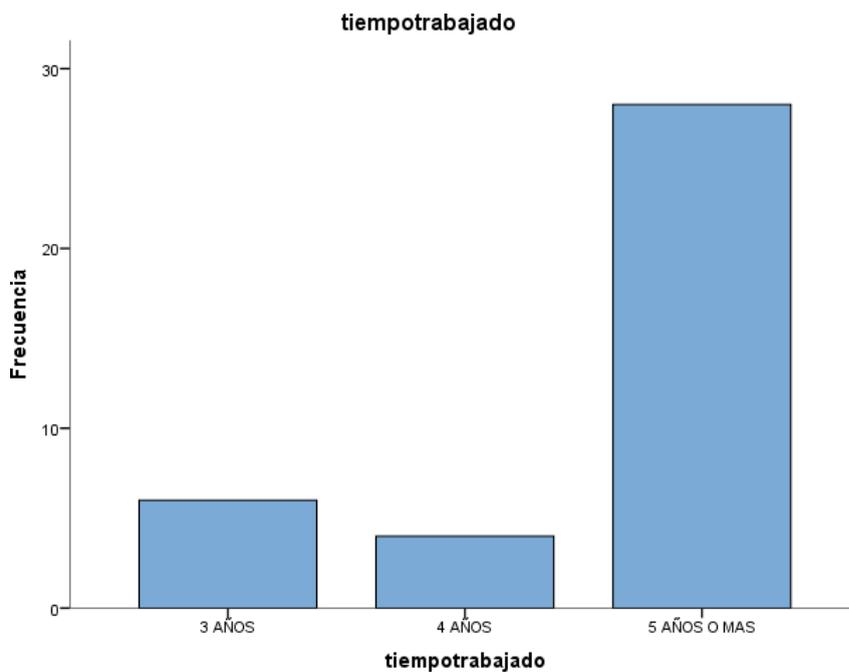
Figura 8. Distribución de la muestra según el máximo nivel alcanzado en la profesión

En cuanto al lugar de trabajo, el 100% (n=38) de los encuestados trabaja en una organización (Ver Figura 9).



Figura 9. Distribución de la muestra según lugar de trabajo

En relación al tiempo trabajado en la organización, el 73.7% (n=28) se desempeña en dicho ámbito hace 5 años o más, el 15.8% (n=6) hace 3 años y el 10.5% (n=4) hace 4 años (Ver figura 10).



*Figura 10. Distribución de la muestra según tiempo de trabajo*

En cuanto al cargo dentro de la organización, la mayoría de los encuestados, representado por el 36.8% (n=14), se desempeña como psicólogo, el 26.3 (n=10) realizan otras actividades, un 10.5% (n=4) como equipo técnico, el 7.9% (n=3) como director/a (n=3) y coordinación (n=3), el 5.3% como secretario/a (n=2) y jefa técnica/o (n=2) (Ver figura 11).

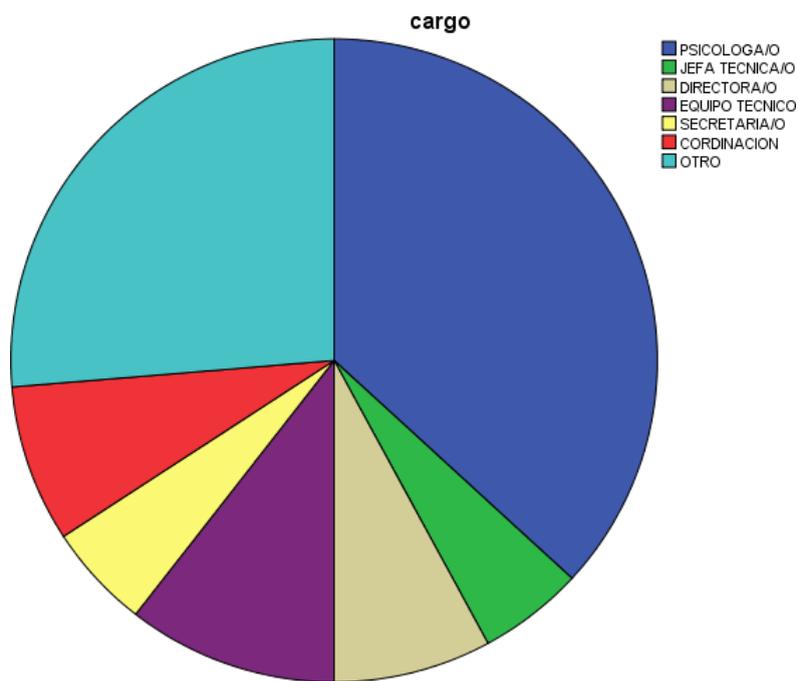
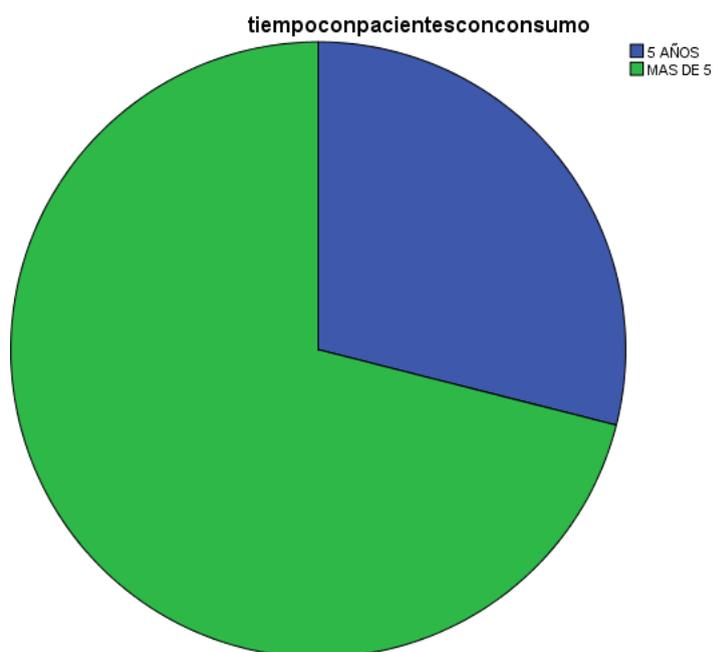


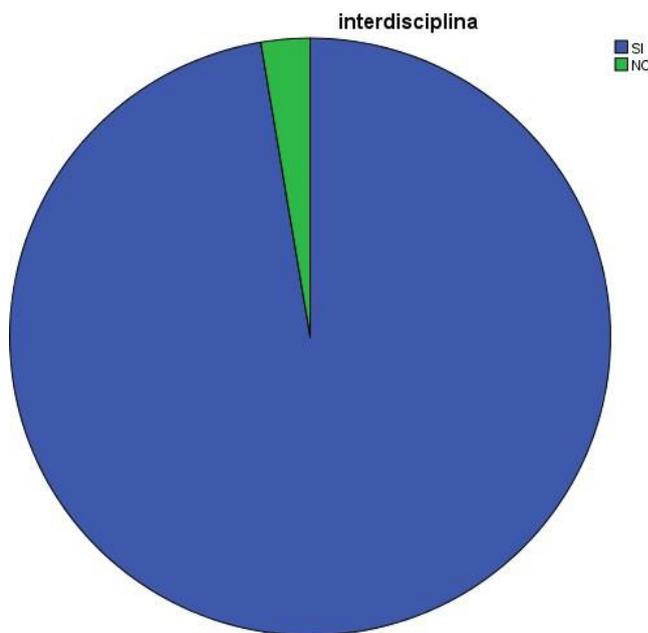
Figura 11. Distribución de la muestra según cargo

En cuanto al tiempo en el cual los encuestados trabajan con pacientes con consumo, el 71.1% (n=27) se desempeña en dicho ámbito desde hace más de 5 años y el 28.9% (n=11) 5 años (Ver figura 12).



*Figura 12. Distribución de la muestra según tiempo con pacientes con consumo*

Teniendo en cuenta el trabajo interdisciplinario, el 97.4% (n=37) de los encuestados trabaja de forma interdisciplinaria y el 2.6% (n=1) desempeña dicha labor de forma individual (Ver figura 13).



*Figura 13. Distribución de la muestra según el trabajo interdisciplinario*

#### **4.2. Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos**

El primer objetivo de este trabajo es identificar los niveles de competencia emocional de los profesionales de la salud de la provincia de Entre Ríos.

Con respecto a las dimensiones de las competencias emocionales se han obtenido diversos resultados (teniendo en cuenta que el valor mínimo es de 1 y el valor máximo de 5), en cuanto a la “Autoeficacia”, la media ha sido de 2.84 y el desvío estándar de .344; de “Optimismo”, la media obtenida fue de 2.74 y el desvío de .499; de “Asertividad” la media fue de 2.08 y el desvío de .728; de “Expresión” la media fue de 2.52 y el desvío de .452; de

“Conciencia” la media fue 2.26 y el desvío de .592; de “Empatía” la media fue de 2.28 y el desvío de .724; de “Regulación” la media fue de 2.16 y el desvío de .623; de “Prosocialidad” la media fue de 2.43 y el desvío de .700; de “Autonomía” la media fue de 2.05 y el desvío de .692 (Ver Tabla 1).

*Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de las competencias socioemocionales*

Nivel de Competencias Socioemocionales	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvío estándar
<b>Autoeficacia</b>	2	4	2.84	.344
<b>Optimismo</b>	2	5	2.74	.499
<b>Asertividad</b>	1	4	2.08	.728
<b>Expresión</b>	2	4	2.52	.452
<b>Conciencia</b>	1	4	2.26	.592
<b>Empatía</b>	1	4	2.28	.724
<b>Regulación</b>	1	5	2.16	.623
<b>Prosocialidad</b>	1	5	2.43	.700
<b>Autonomía</b>	1	4	2.05	.692

Cabe aclarar que los puntajes, cuánto más se acercan a 1, indican bajo predominio, y cuánto más se acercan a 5, mayor predominio de dicha competencia emocional

#### **4.3 Maslach Burnout Inventory**

*Tabla 2. Mínimos, Máximos, Medias y Desvíos Estándar de MBI*

	MBI total (agrupado)	Agotamiento Emocional (agrupada)	Despersonalización (agrupada)	Realización Personal (agrupada)
<b>N Válidos</b>	38	38	38	38
<b>Perdidos</b>	0	0	0	0
<b>Media</b>	1.66	1.89	1.55	1.03
<b>Desvío estándar</b>	.708	.863	.760	.162
<b>Mínimo</b>	1	1	1	1
<b>Máximo</b>	3	3	3	2

Con respuesta al segundo objetivo planteado, describir los niveles de burnout en profesionales de la salud mental que trabajan con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos, en la tabla pueden observarse los valores correspondientes a MBI total. En lo que refiere a los resultados obtenidos en cada nivel, se alcanzó un 47.4% para el nivel bajo, 39.5% medio y 13.2% alto. (Ver Tabla 3).

*Tabla 3. Frecuencias y Porcentajes de MBI Total agrupado*

MBI total (agrupado)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Bajo</b>	<b>18</b>	<b>47.4%</b>	<b>47.4%</b>	<b>47.4%</b>
<b>Medio</b>	<b>15</b>	<b>39.5%</b>	<b>39.5%</b>	<b>86.8%</b>
<b>Alto</b>	<b>5</b>	<b>13.2%</b>	<b>13.2%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Con referencia a nuestro tercer objetivo, reconocer los niveles de agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Jackson y Maslach (1986, citado en Ortiz Buttazzoni, 2014) exponen ciertos criterios de referencia para evaluar las dimensiones del Síndrome de Burnout por medio del MBI (Maslach Burnout Inventory), proponiendo tres niveles: bajo, medio y alto. A continuación se visualizan los resultados.

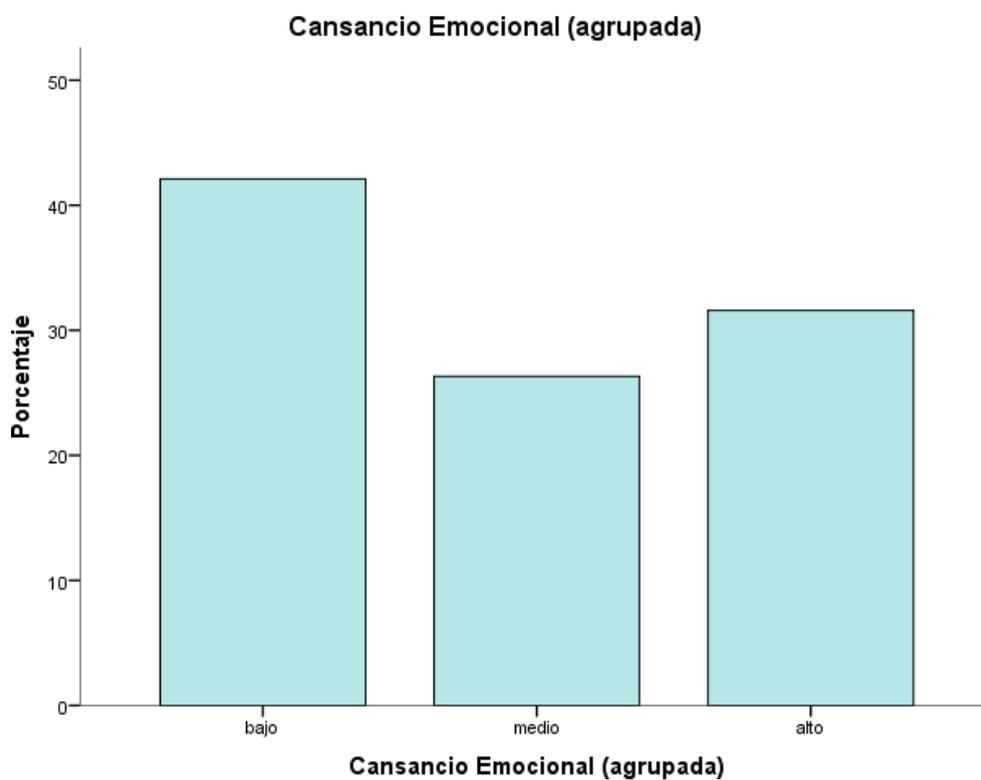
### **Subescala Agotamiento emocional**

En la siguiente tabla, se podrán observar los puntajes obtenidos en la subescala Agotamiento emocional en los profesionales de la salud de nuestro estudio (Ver Tabla 4).

*Tabla 4. Porcentajes obtenidos en la subescala de Agotamiento Emocional en Profesionales de la Salud que trabajan con consumos problemáticos.*

<b>Subescala de Agotamiento Emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Bajo</b>	16	42.1%	42.1%	42.1%
<b>Medio</b>	10	26.3%	26.3%	68.4%
<b>Alto</b>	12	31.6%	31.6%	100.0%
<b>Total</b>	38	100.0%	100.0%	

Teniendo en cuenta la escala de referencia propuesta por Jackson y Maslach (1986), se puede observar que un 42.1% de los profesionales de la muestra obtuvieron puntaje bajo, el 31.6% alcanzó puntaje alto y el 26.3% valores medios (Ver Figura 14).



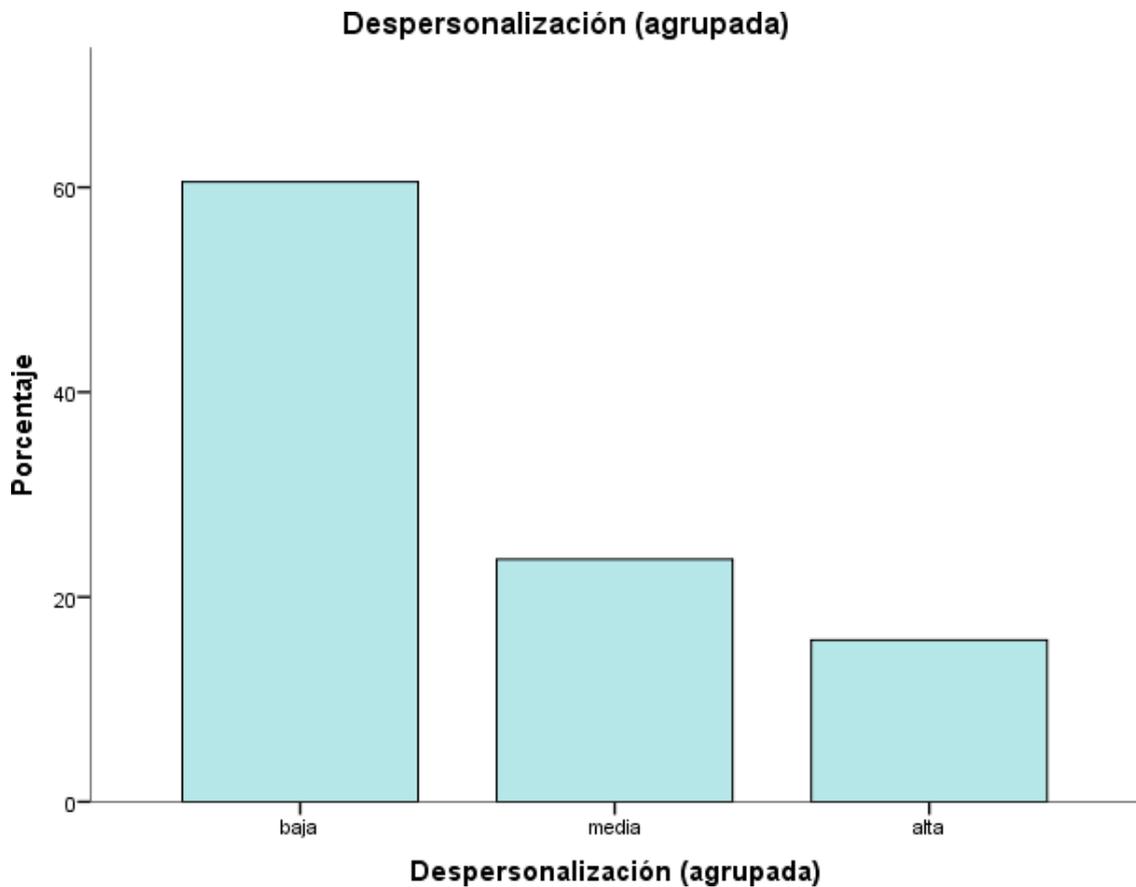
*Figura 14. Niveles de Cansancio emocional*

### **Subescala de Despersonalización**

*Tabla 5. Porcentajes obtenidos en la subescala de Despersonalización en profesionales de la salud que trabajan con consumos problemáticos.*

Subescala de Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
<b>Bajo</b>	23	60.5%	60.5%	60.5%
<b>Medio</b>	9	23.7%	23.7%	84.2%
<b>Alto</b>	6	15.8%	15.8%	100.0%
<b>Total</b>	38	100.0%	100.0%	

De acuerdo a los criterios de referencia ya citados, se observaron en los profesionales de la muestra una puntuación baja de 60.5%, media de 23.7% y alta del 15.8% (Ver Figura 15).



*Figura 15. Niveles de Despersonalización*

### Subescala de Realización Personal

*Tabla 6. Porcentajes obtenidos en la subescala de Realización Personal en profesionales de la salud que trabajan con Consumo Problemático*

Subescala de Realización Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
<b>Alta</b>	37	97.4%	97.4%	97.4%
<b>Media</b>	1	2.6%	2.6%	100%

<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
--------------	-----------	---------------	---------------

En la subescala de realización personal, no se registraron profesionales que puntuaron un nivel bajo. El 2.5% notificó un nivel medio de Realización personal y el 97.4% alcanzó un nivel alto (Ver Figura 16).

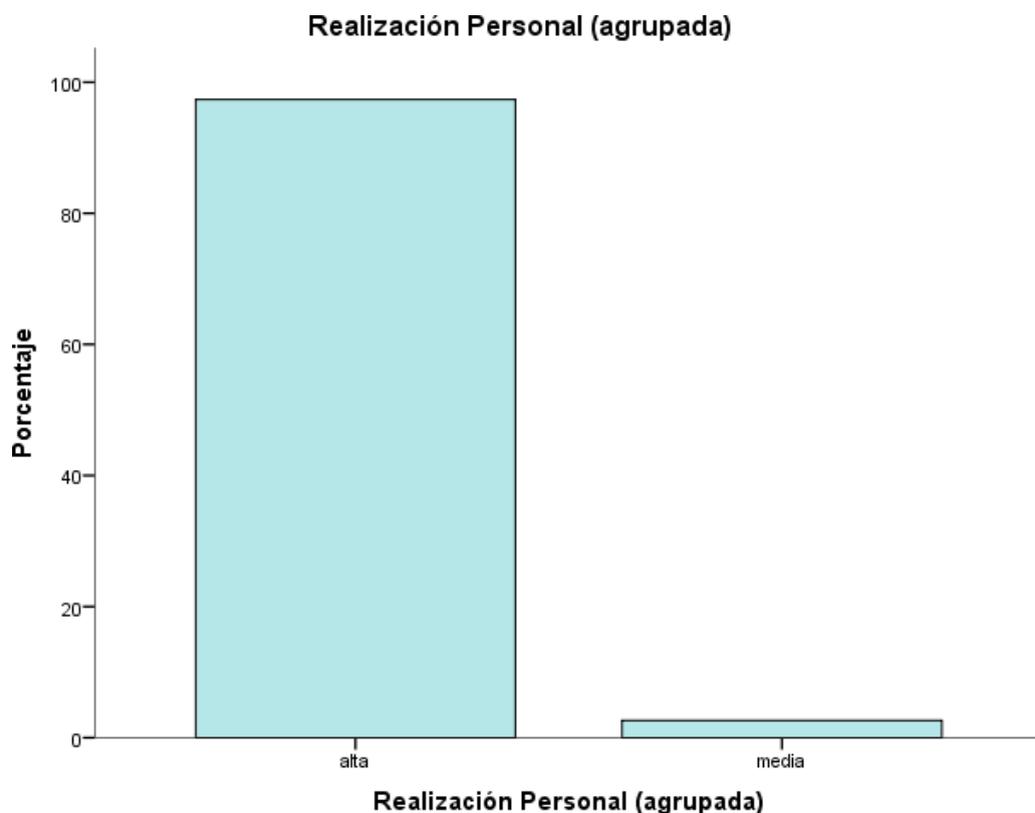


Figura 16. Niveles de Realización personal

Por último, nos planteamos el objetivo de establecer si existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores de burnout.

#### **4.4 Correlacion de Spearman**

Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman entre los puntajes del MBI e ISCE, a fin de evaluar si existe una relación significativa entre competencias emocionales e indicadores de burnout. Se observó una correlación positiva moderada entre

la competencia emocional “Empatía” y los indicadores del burnout de Maslach ( $Rho = .345$ ;  $p = .034$ ) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Correlación MBI agrupado y Empatía

			MBI_agrupado	media_EMPATIA
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coefficiente de correlación	1,000	.345*
		Sig. (bilateral)	.	.034
		N	38	38
	media_EMPATIA	Coefficiente de correlación	.345*	1,000
		Sig. (bilateral)	.034	.
		N	38	38

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La dimensión “Autoeficacia” obtuvo una correlación negativa no significativa respecto a los valores del MBI ( $Rho = -.001$ ;  $p = .993$ ) (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Correlación MBI agrupado y Autoeficacia

			MBI_agrupado	media_autoeficacia
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coefficiente de correlación	1,000	-.001
		Sig. (bilateral)	.	.993
		N	38	38
	media_autoeficacia	Coefficiente de correlación	-.001	1,000
		Sig. (bilateral)	.993	.
		N	38	38

Por otro lado, se hallaron correlaciones positivas no significativas en lo que refiere a las dimensiones “Optimismo” (Rho = .198; p = .233); “Asertividad” (Rho = .141; p = .397); “Expresión” ( Rho = .035; p = .836); “Conciencia” (Rho = .111; p = .506); “Autonomía” (Rho = .101; p = .546); “Prosocialidad” (Rho = .283; p = .085) y “Regulación” (Rho = .274; p = .096), debido a que los resultados en la significancia fueron  $p > 0,05$  (Ver Tabla 9).

*Tabla 9. Correlación MBI agrupado y Competencias Emocionales*

<b>Dimensiones de Competencias Emocionales</b>	<b>Indicadores de Burnout</b>	
<b>Optimismo</b>	Correlación de Spearman	.198
	Sig. (Bilateral)	.233
<b>Asertividad</b>	Correlación de Spearman	.141
	Sig. (Bilateral)	.397
<b>Expresión</b>	Correlación de Spearman	.035
	Sig. (Bilateral)	.836
<b>Conciencia</b>	Correlación de Spearman	.111
	Sig. (Bilateral)	.506
<b>Autonomía</b>	Correlación de Spearman	.101
	Sig. (Bilateral)	.546
<b>Prosocialidad</b>	Correlación de Spearman	.283
	Sig. (Bilateral)	.085
<b>Regulación</b>	Correlación de Spearman	.274
	Sig. (Bilateral)	.096

## CAPÍTULO V

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES**

#### **5.1. Discusión**

Este apartado consiste en contrastar los resultados obtenidos en la muestra con la teoría existente sobre el tema.

La población estudiada estuvo compuesta por 38 profesionales de la salud, 30 psicólogos, 6 enfermeros y 2 psiquiatras, cuyas edades oscilan entre 25 y 59 años.

El objetivo general del presente estudio se basó en conocer la relación existente entre las competencias emocionales y el síndrome de burnout en los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos con un mínimo de 5 años.

En cuanto a los objetivos establecidos, el primer objetivo específico consistió en identificar los niveles de competencia emocional de los profesionales de la salud de la provincia de Entre Ríos.

Así pues, Mikulik et al. (2015) plantea que se pueden identificar nueve competencias que son incluidas por la mayoría de los autores dentro del conjunto de competencias socioemocionales básicas, estas son: conciencia emocional, regulación emocional, empatía, comunicación emocional/expresión emocional, autoeficacia, comportamiento prosocial, autonomía, asertividad y optimismo.

De esta manera, los resultados obtenidos con respecto a las Competencias Emocionales demostraron para autoeficacia una media de 2.84, seguido por optimismo con una media de 2.74, expresión 2.52, prosocialidad 2.43, empatía 2.28 conciencia 2.26,

regulación 2.16, asertividad 2.08 y por último autonomía 2.05. Teniendo en cuenta que los puntajes cuánto más se acercan a 1, indican bajo predominio, y cuánto más se acercan a 5, mayor predominio de dicha competencia emocional, Se observa así que las dimensiones de Comportamiento prosocial y autoregulación presentan valores medios, lo que puede relacionarse con lo obtenido por Garcia Labandal (2017), donde se visualizaron valores medios más altos en las competencias de Conciencia Emocional; Comportamiento Prosocial y Autoeficacia. En este sentido la competencia de Conciencia Emocional no alcanzó un valor alto como en la referencia propuesta por la autora citada.

Por otro lado, según lo establecido por Garcia Labanndal (2017) las competencias percibidas con valores más bajos son Regulación emocional; Asertividad y Comunicación expresiva, sin embargo, esta última competencia no se encontraría relacionada, ya que en nuestro estudio obtuvo uno de los valores más altos entre las competencias.

En lo sucesivo al segundo objetivo definido, describir los niveles de burnout en profesionales de la salud mental que trabajan con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos, se exponen los resultados alcanzados del MBI total, con un 47% del nivel bajo, 39.5% medio y 13% alto, por lo que puede inferirse que los profesionales presentan resultados favorables en lo que respecta al Síndrome de Burnout. Por su parte, Lauracio y Ticona (2020) sostienen que ello puede repercutir en la atención que brindan y la calidad de servicios que prestan, ya que los resultados óptimos se obtienen con un personal motivado y realizado personalmente. En su trabajo se aprecia que el 71.4 % del grupo no profesional y el 57.2% de los profesionales presentan bajo nivel de agotamiento emocional, pareciera que no les molesta la exigencia laboral; en conjunto no hay clara inclinación en cuanto a despersonalización; pero si en realización personal ya que el 7.6% de los

profesionales consideran que su la misma es baja. Este aspecto resultó algo menor entre los no profesionales: 28.6% en la escala inferior y 42.8% en la intermedia.

Con respecto al tercer objetivo, reconocer los niveles de agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal, se observa que los resultados que se obtuvieron pueden evidenciar, en cuanto a la subescala de agotamiento emocional, que el 42% de los profesionales de la muestra alcanzó un nivel bajo, mientras que el 31.6% alto y el 26% obtuvo un puntaje medio. Esto se asemeja a lo obtenido por Capri (2016) donde los profesionales que fueron evaluados obtuvieron 33% para cada nivel de cansancio emocional.

En cuanto a la subescala de despersonalización se obtuvo un nivel bajo de 60.5%, medio 23.7% y alto 15.8% esto puede relacionarse con los puntajes obtenidos en el estudio de Santes et al. (2009) donde en el nivel bajo tuvo 53%, 31% el nivel medio y 16% el nivel alto.

Por último, se mostró un alto grado de realización Personal con el 97.4%, mientras que el 2.6% restante fue el porcentaje medio, de esta manera no se presentó un porcentaje bajo en esta subescala. Esto se asimila a lo obtenido por Najera Fon Fay (2021) ya que obtuvo 89% en el nivel alto, pero no relaciona en el nivel bajo que fue de 11% y 0% medio. Además, se relaciona con los resultados de la investigación de Ortiz (2014) donde el puntaje alto fue de 71.4%, medio de 28.6% y 0% bajo. Sin embargo, no se relaciona con lo obtenido por Lauracio y Ticoná (2020) donde se alcanzó 78.6% respecto al nivel bajo, un 21.4% alto y 0% medio entre la población profesional de la muestra.

Para determinar el nivel de Burnout de una persona, es necesario tomar en consideración los puntos de corte establecidos en el MBI. Acorde a Sabbah et al. (2012 citado en Nájera fon fay, 2021) se considera que existe burnout cuando se obtienen

puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en realización Personal; de modo que los resultados son considerados altos si se encuentran en el tercio superior de la distribución normativa, mediano si están en el tercio medio y bajo si están en el tercio inferior para poder diagnosticar el síndrome de burnout.

Teniendo en cuenta estas directrices, se ha podido determinar que los participantes de este estudio muestran un nivel bajo de agotamiento emocional y despersonalización, con un alto grado de realización personal, por lo que no se cumplen los criterios diagnósticos del síndrome.

Por último, en lo que refiere al cuarto objetivo específico, establecer si existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores de burnout, si bien nuestra hipótesis planteada inicialmente fue que los profesionales de la salud que se desempeñan en consumos problemáticos y que poseen mayores competencias emocionales, padecen menor desgaste emocional, con los resultados obtenidos en la prueba del coeficiente de correlación de Spearman podemos inferir que no se encontraron correlaciones significativas entre el Síndrome de Burnout y las Competencias Emocionales, solamente con la competencia socioemocional empatía

En lo referente a los datos obtenidos en la correlación de las variables estudiadas podemos mencionar que además de las competencias emocionales existen diversos factores que influyen en la vida laboral de los profesionales y que pueden constituirse como factores protectores ante las situaciones de estrés, ante esto podemos inferir que la población estudiada en nuestra investigación podría presentar diferentes estrategias de afrontamiento o condiciones del contexto laboral y personal que favorezcan a que no se encuentren altos índices de la correlación entre el síndrome de burnout y las competencias, de esta manera se menciona el estudio de Castrillón y Cala (2020) donde:

Los resultados sugieren que a mayor Inteligencia Emocional del egresado, es significativamente mayor la percepción de su calidad de vida laboral. Igualmente se encontró que los egresados que tienen la “aproximación cognitiva” como tipo predominante de estrategia de afrontamiento al estrés, presentan significativamente mayor calidad de vida laboral, en comparación con los que presentan afrontamiento por “evitación cognitiva”. (p. 141)

Además, Fernández-Araque et al. (2007), siguiendo los lineamientos de García (1993), postulan la asociación entre la calidad de vida profesional y la armonía que genera percibir capacidad de afrontamiento ante las exigencias laborales retadoras, lo que genera un contexto propicio para el progreso a nivel personal, profesional y familiar. (Castrillón y Cala, 2020, p.142)

Así pues, Toro (1991, citado en Castrillón y Cala, 2020) define la calidad de vida laboral percibida como: “La existencia objetiva de condiciones económicas, sociales, administrativas, organizacionales y tecnológicas que satisfagan las necesidades básicas del hombre y lo desarrollen. Estas condiciones afectan su vida en otros sectores” (p. 41)

Posteriormente, Shankar (2006, citado en Castrillón y Cala, 2020) define:

La Calidad de Vida Laboral Percibida según categorías conceptuales que involucran remuneración justa y adecuada, un contexto laboral saludable, seguro, con posibilidad de desplegar las capacidades humanas, crecimiento e integración en el contexto laboral, la relevancia social del empleo y el balance del cargo dentro del contexto de la vida. Alude a organizaciones que reflejen un incremento de la productividad, decremento de conflictos laborales, y que contribuyan a la salud económica de la organización (p.141, 142).

Además, para Ortiz-Gómez (2011, citado en Castrillón y Cala, 2020) las estrategias de afrontamiento basadas en la cooperación asertiva son clave para reducir los conflictos, fomentar el bienestar laboral y aumentar la productividad. Estas estrategias no solo impactan positivamente en la gestión del estrés, sino que también generan confianza en el equipo, impulsan logros laborales y fortalecen la red social en el entorno laboral.

Por otra parte, también se destaca la motivación intrínseca como una circunstancia positiva ante el estrés, se encuentra articulada con la motivación personal, según factores internos que inciden en la conducta motivacional orientada a la satisfacción profesional. Como indicadores se encuentran el apoyo recibido de la familia, compañeros de trabajo, la capacitación y claridad sobre su labor y el anhelo de ser creativo. Igualmente, situaciones que generen orgullo y posibilidad de desconectarse al finalizar la jornada laboral (Castrillón y Cala, 2020).

Igualmente, el apoyo directivo se asocia con el soporte emocional por parte de los directivos. Sus indicadores están relacionados con la variedad y satisfacción, con el tipo de actividad laboral, el salario, posibilidad de ascender, reconocimiento recibido por su compromiso y apoyo de jefes y compañeros, así como retroalimentación, autonomía, posibilidad de ser escuchado y tener libertad de expresión. (Castrillón y Cala, 2020, p. 145)

Siguiendo con lo mencionado, Castrillón y Cala (2020):

Obtuvieron que existe relación significativa entre apoyo directivo y CVL ( $p = .000$ ), es decir, al aumentar el apoyo directivo, se acentúa la CVL. Igualmente, se identifica asociación entre motivación intrínseca y CVL ( $p = .009$ ), en el sentido de que, a mayor motivación intrínseca, mayor calidad de vida laboral. (p.145)

Además, se mencionan los datos obtenidos en la investigación de Ruiz Gonzalez (2019), fueron que:

Existe una correlación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la Empatía Cognitiva, coincidiendo con los datos encontrados a nivel global en donde se advirtió que cuanto mayor es el Burnout menor resulta ser la Empatía en la población evaluada (p.75).

Según Davis (1996, citado en Ruiz Gonzalez, 2019) “La empatía puede definirse como un conjunto de procesos que incluyen el “ponerse en el lugar del otro” y en el que se presentan respuestas tanto afectivas como no afectivas que resultan de esos procesos” (p.2).

Siguiendo con lo anterior, Ruiz Gonzalez (2019) concluye que es necesario considerar que un nivel óptimo de Empatía, tanto en hombres como en mujeres, podría mejorar el estrés y a su vez disminuir el síndrome de Burnout.

## **5.2. Conclusiones**

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten arribar a las siguientes conclusiones:

1. En relación a los objetivos específicos, el primero de ellos refiere a identificar los niveles de competencia emocional de los profesionales de la salud de la provincia de Entre Ríos. Se pudo concluir que se observa un predominio medio de las diferentes competencias emocionales (optimismo, asertividad, expresión, conciencia, empatía, regulación y prosocialidad), denotándose mayor competencia en la dimensión autoeficacia, y menor predominio en la dimensión autonomía.
2. Siguiendo con el segundo objetivo que era el de describir los niveles de burnout en profesionales de la salud mental que trabajan con consumos problemáticos de la provincia de Entre Ríos, se pudieron identificar niveles bajos y medios de Burnout, mientras que un menor porcentaje indica la presencia de nivel alto del síndrome.
3. En cuanto al tercer objetivo, en el cual se buscó reconocer los niveles de agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal, se puede concluir que los profesionales de la salud presentan una puntuación baja tanto en Agotamiento Emocional como en Despersonalización, mientras que en referencia a la Realización Personal se observa una puntuación alta.
4. Para finalizar se planteó el objetivo de establecer si existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores de burnout. Si bien se hallaron correlaciones positivas entre las dimensiones optimismo, asertividad, expresión, regulación, autonomía, conciencia y prosocialidad respecto a los indicadores de Burnout, éstas no resultaron significativas para poder comprobar la hipótesis propuesta. Se observó una correlación negativa no significativa entre la dimensión autoeficacia y los indicadores de Burnout.

Así mismo, se obtuvo una correlación positiva significativa entre la dimensión empatía y los indicadores de Burnout.

### **5.3. Recomendaciones**

Nos encontramos en una etapa que nos propone un ideal de sujetos que deben estar en constante producción siendo todo el tiempo productivos, donde el malestar y la angustia, no tienen un lugar primordial. Sumado a esto, el contexto argentino especialmente nos lleva a una necesidad de tener que trabajar horarios incansables para poder obtener una economía estable y satisfacer los recursos básicos. Por lo que el autocuidado en aquellos momentos de cansancio y estrés queda en un segundo lugar. De esta manera proponemos que el autocuidado en el trabajo sea una variable fundamental en futuras investigaciones porque creemos que es un factor que influye en el síndrome de Burnout y además, nos parece importante que se considere necesario transmitir la idea de ser conscientes de nuestros límites, hasta donde podemos trabajar y de qué manera este trabajo resulta eficaz para nosotros mismos y los demás en condiciones desfavorables, evitando con concientización y autocuidado padecimientos mentales. Asimismo, la calidad e integridad del vínculo con los sujetos dependen de que el profesional proteja su instrumento de trabajo, que es el sí mismo del profesional.

Por otra parte, nos parece fundamental que se actualicen constantemente los estudios sobre la temática de consumos problemáticos ya que los mismos pueden concebirse como una manifestación de la etapa contemporánea relacionada principalmente al capitalismo, que conlleva una expresión del debilitamiento de los lazos sociales donde prevalece la satisfacción inmediata, el atravesamiento de los límites, incluido a veces el del propio cuerpo, el consumo es adaptación social, la persona que consume tanto sustancias psicoactivas como productos del mercado es parte del sistema.

Además, las sucesivas crisis socioeconómicas que afectan a la Argentina, se expresaron en distintos procesos (entre los que podemos mencionar el aumento del

desempleo, la pobreza, la indigencia, y el deterioro de los servicios públicos estatales) que pueden relacionarse con los patrones de uso de drogas que han incrementado la exclusión, morbilidad y mortalidad de los consumidores (Epele y Pecheny, 2007, citado en Galante et al. 2009)

De esta manera Camarotti y Kornblit (2015) proponen que el consumo de drogas es un hecho complejo que no se puede abordar de un modo aislado de los contextos sociales en los que se da, lo que lleva a requerir respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas. Es por ello que se requieren respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que padecen dichos problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos a los escenarios y situaciones que los motivan. (p.213)

En otro orden, el estudio, evaluación y desarrollo del concepto de competencias emocionales en los individuos resulta de vital importancia, ya que pueden constituir uno de los factores protectores ante el síndrome de burnout. Oliver et al. (2020) afirman que “la falta de formación en gestión emocional y de autocuidado del profesional, ha llevado a un crecimiento exponencial de los problemas de burnout y de salud mental de los sanitarios, que trabajan sin recursos específicos para gestionar estas situaciones” (p.73)

Resultaría necesario estudiar las mismas variables de nuestra investigación en profesionales como trabajadores sociales, psicólogos sociales, terapeutas ocupacionales. ya que el perfil de la atención en Salud Mental se caracteriza por la multiplicidad de variables intervinientes imposibles de aprehender desde una sola disciplina, lo que implica la incorporación de diferentes especialistas en los equipos y el desarrollo de intervenciones y

servicios diversificados en un área específica donde los cuidados deben ser continuos (Olabarria y Mansilla, 2007).

También, que se establezca como objetivo específico la diferencia de las competencias emocionales en los diferentes sexos.

Sería positivo poder establecer, en otro tipo de estudio, factores protectores y factores de riesgo para los profesionales de la salud que acompañan a personas con consumos problemáticos, porque dichos profesionales se ven sometidos a situaciones complejas y de alta tensión que producen reacciones emocionales, altos niveles de ansiedad, estrés, angustia, depresión y síndrome de Burnout, entre otras. Estos generan a su vez afectaciones físicas, psicológicas e institucionales, con consecuencias en la calidad de la vida laboral y en la salud del profesional (Menendez et al. 2021).

Sería importante la realización de futuros estudios que se enfoquen en los equipos de trabajo, ya que el síndrome de burnout puede afectar al profesional, a los equipos y a los usuarios. Así, se pueden entender como equipos quemados. Esto permitiría abordar el problema desde una perspectiva grupal, organizacional y temática, más que individual (Olabarria y Mansilla, 2007).

Según los resultados obtenidos en nuestro trabajo con respecto a la correlación entre el síndrome de burnout y las competencias emocionales se destaca que la empatía es un factor que se encuentra correlacionado con el burnout por lo tanto se puede considerar como un atributo para estudiar en futuras investigaciones, ya que para Ruiz Gonzalez (2019) “es considerada una cualidad en la relación médico-paciente; no obstante puede también constituir un factor de riesgo para el incremento del estrés asociado con la atención en salud, particularmente con el agotamiento emocional” (p.70).

Asimismo, en diversos estudios se ha encontrado una relación entre ambas variables, pero esta relación no es del todo clara y son pocos los estudios que la exploran; la escasez de estos estudios es particularmente notoria en nuestro contexto (Ruiz Gonzalez, 2019).

#### **5.4. Limitaciones**

Es necesario hacer referencia a diversas limitaciones del presente estudio dado que restringen su generalización y que moderan el impacto de los resultados obtenidos.

En primer lugar, se observan limitaciones relativas al tipo de muestra, siendo esta pequeña, correspondiente a la provincia de Entre Ríos. Esto implica que los resultados son específicos y reflejan únicamente este grupo particular, y podrían modificarse si se ampliaran los datos. Además, se restringió la investigación a psicólogos, psiquiatras y enfermeros que trabajan con consumos problemáticos desde hace 5 años o más, excluyendo a otros profesionales como psicólogos sociales y médicos.

En cuanto al acceso de la muestra nos resultó complejo, ya que la mayoría de las organizaciones y centros requerían el cumplimiento de ciertas condiciones como la realización de una nota, la explicación, justificación del estudio, un número reducido de profesionales que puedan responder el formulario, etc. Además, fue trabajoso poder encontrar 30 profesionales que trabajen con la temática y especialmente hace 5 años. Se realizó una búsqueda de dispositivos sedronar dentro de Entre Ríos y otros centros de día o instituciones. Esto provocó una extensión del tiempo de la investigación. Por otra parte, la investigación tiene un carácter transversal. Esto implica que no se puede seguir el fenómeno para observar los cambios.

Además, se emplearon escalas autoadministradas obtenidas mediante Formularios de Google para recopilar los datos. A pesar de haberse tomado medidas para prevenir distorsiones, existe la posibilidad de que los datos proporcionados por los participantes de la muestra puedan contener interpretaciones erróneas en relación con las afirmaciones presentes en las diversas escalas utilizadas en la investigación.

El inventario de competencias socio emocionales, al ser tan extenso y con algunas similitudes en las preguntas, resultó tedioso para algunos profesionales, que nos

comentaron esta vivencia, a un gran porcentaje de los sujetos que participaron de dicha investigación le conllevó un mayor tiempo de completamiento de los cuestionarios, lo que afectó el tiempo total que implicó la toma de muestras.

Además, algunos profesionales al ingresar desde su celular para responder no podían visualizar todas las opciones del inventario de Maslach, sino que debían deslizar hacia el costado para visualizarlas, por lo que debió ser aclarado pertinentemente para su correcta administración.

Otra limitación se dio en cuanto a la profesión de los sujetos que participaron de la investigación, ya que la mayoría eran psicólogos.

En cuanto a las competencias socioemocionales, se puede tener en cuenta que Bisquerra Alzina y Pérez Escoda (2007, citado en Mikulik et al., 2015) señalan que la evaluación de las mismas presenta serias dificultades.

Existe un creciente interés en el diseño de instrumentos que posibiliten la identificación y evaluación de las competencias profesionales, personales o sistémicas (González & Wagenaar, 2003). Sin embargo, los instrumentos disponibles para la medición de las competencias socioemocionales son escasos y todos ellos están sujetos a críticas centradas fundamentalmente en la falta de un marco teórico claro y de fundamentos empíricos firmes (Pérez, Petrides & Furnham, 2005).

La mayoría de los instrumentos diseñados y construidos hasta el momento operacionalizan la Inteligencia Emocional.

De allí, concluye la necesidad de diseñar una prueba eficaz a tal fin, que cumpla con los estándares de confiabilidad y validez propios de un instrumento de evaluación psicológica.

Asimismo, no existe consenso acerca de la definición de las mismas ni de las dimensiones que la constituyen, muchos autores la ubican como parte de la inteligencia

emocional por lo que se tuvo que realizar un trabajo exhaustivo en la búsqueda de información para lograr la diferenciación de los conceptos.

Por otra parte, dada la importancia del burnout en profesionales de la salud mental, y la escasez de instrumentos de medición validados en población local, es llamativa la ausencia de investigaciones que den solución a esa necesidad (Gilla et al., 2019, p. 182).

## LISTA DE REFERENCIAS

- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia Emocional y Desgaste Por Empatía En Terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXIV, 43-56.
- Alzina, R. B., & Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, (10), 61-82.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Benedetti, E. (2015). Hacia un pensamiento clínico sobre el consumo problemático, notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Licenciada Laura Bonaparte
- Bisquerra Alzina, R., & Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. Recuperado de:  
<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2007numero10-823/Documento.pdf>
- Bisquerra, R., & López-Cassá, È. (2020). Educación emocional: 50 preguntas y respuestas. Editorial El Ateneo.
- Cappri, V. (2016). Prevención del síndrome de Burnout en profesionales que trabajan en la institución programa del sol (sede Cosquín). (). Universidad Empresarial Siglo 21, Cosquín.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 07-17.
- Castrillón, J. J. C., & Cala, M. L. P. (2020). Calidad de vida laboral percibida y competencias emocionales asociadas en profesionales jóvenes. *Informes psicológicos*, 20(2), 139-153.
- Chromechek, M. A., García, L. V., & Pagliardini, R. A. (2014). *Estudio exploratorio del síndrome de burnout en profesionales de Centros de Atención de las Adicciones de Región Sanitaria VIII* (Doctoral dissertation).
- Cólica, P. R. (2018). Neurociencias y psicobiología del estrés laboral: el burnout en docentes y personal de salud, y hostigamiento "mobbing". Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Damin, C. (2010). Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud pública. *Boletín de temas de salud de mundo hospitalario*, 17 (155)

Damin, C. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas, cuando es un problema. Recuperado de: <https://www.vocesenelfenix.com/content/consumo-de-sustanciaspsicoactivas-cu%C3%A1ndo-es-un-problema>

D'Antonio, P., & Tordó, C. (2017). (Doctoral dissertation).

Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana, 1-25.

Del Carmen Santes, M., Meléndez, S., Martínez, N., Ramos, I., de Lourdes Preciado, M., & Pando, M. (2009). La salud mental y predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. *Revista chilena de salud Pública*, 13(1).

Elices, M. (2015). Emoción y Cognición. En A. Vásquez Echeverría (Ed.) Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva (pp. 223-248). Montevideo: UdelaR.

El Sahili González. L. F. (2016). Burnout: consecuencias y soluciones. México D.F, México: Editorial El Manual Moderno.

Figuera, A., & Salas, A. (2010). Competencias emocionales y burnout en empleados de tecnología de información en el contexto venezolano. *Visión Gerencial*, (1), 78-89. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4655/465545883004.pdf>

Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista iberoamericana de educación superior*, 6(16), 110-125.

Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P., & Pawlowicz, M. P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios.*, (14), 113-121.

García Labandal, L. B. (2017). Competencias socioemocionales en futuros profesores de psicología. In *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Gilla<sup>a</sup>, M. A., Belén Giménez, S., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193.

Gioffredo, Lucas N. (2019). La prevención de consumos problemáticos en estudiantes adolescentes: fortaleciendo la figura docente. (tesis de maestría no publicada). Universidad Católica, Santa Fe.

Gómez, R. A. (2018). *Psicología de las drogodependencias y de las adicciones*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Gutierrez Aveces, G A., Celis Lopez, M A., Moreno Jimenez, S., Farias Serratos, F. y Suarez Campos, J J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch Neurocién (Mex)*, Vol 11, 4: 305-309.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). Nacimiento de un proyecto de investigación cuantitativa o mixta: la idea. En *Metodología de la investigación*.(pp.24-30).

Lauracio, C., & Ticona, T. L. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543-554. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-SindromeDeBurnoutYDesempenoLaboralEnEIPersonalDeSa-8054554.pdf>

Mansilla, M. D. C. M (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences*, (2), 2-30.

Martínez Ruiz, M. (2006). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid, Spain: Ediciones Díaz de Santos

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2010). Ley n° 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental

Mikulic, I. M., Crespi, M., & Radusky, P. (2015). Construcción y validación del inventario de competencias socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria*, 32(2), 307-329.

Nájera Fon Fay, M. A. (2021). Síndrome de Burnout en el personal de salud que atiende en el Centro de Especialización de Tratamiento a Personas con Consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) Libertad, en el periodo mayo a septiembre 2020.

Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: Cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(1), 1-14.

Oliver, E. B., Rivera, P. R., Monje, J. P. Y., & Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de bioética*, 3(1), 72-88.

Ortiz Buttazzoni, P. D.(2014). *Clima socioescolar percibido y síndrome de burnout en docentes del nivel secundario,de la ciudad de Paraná, Provincia de Entre Ríos* [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina].

- Pawlowicz, M. P. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Voces en el Fénix*, 42,20-27.
- Polacov, S., Battistini, I. B., Barroso, G., Cravero, B., D'Alessandro, T., Allende, G. E., ... & Gobbi, C. A. (2021). Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(4), 371
- Roche, J. R. F., Goicolea, J. A. P., Maiza, S. M. G., Moré, S. I., & Hidalgo, M. G. (2019). Síndrome de desgaste profesional en terapeutas de adictos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 15(1).
- Rubio, A. M., & Caballero, D. R. (2018). Desarrollo de competencias emocionales en el aula de clase: estrategia para la resolución de conflictos. *Revista boletín redipe*, 7(2), 104-113.
- Ruiz Gonzalez, E. (2019). Relación entre empatía y burnout en profesionales de la salud de Córdoba-Colombia. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Salabert, J. D. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 1(5), 21-35.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26657
- Schwarzer, S. VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES (ICSE; MIKULIC, 2013).
- Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2007). “Consumo de drogas”: La construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, 14, 239-249.
- Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout. Buenos Aires: Espacio.
- Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. *Un enfoque educativo*. Editorial: Troquel. Recuperado de: [https://elvs-tuc.infed.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacion-situada/upload/Graciela\\_Touze\\_-\\_Prevencion\\_del\\_Consumo.pdf](https://elvs-tuc.infed.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacion-situada/upload/Graciela_Touze_-_Prevencion_del_Consumo.pdf)
- Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2014). Técnicas para Investigar Volumen 2. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación.

## ANEXOS

### **ANEXO A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS**

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<p>Acepto participar voluntariamente en la investigación ....., realizada por ....., de la Universidad Católica Argentina, para acceder al título de Lic. En Psicología.</p> <p>He sido informado que el objetivo de la investigación es: .....</p> <p>Accedo a completar los cuestionarios que forman parte del estudio, actividad que requerirá aproximadamente 20 minutos de mi tiempo.</p> <p>Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.</p> <p>He sido informado/a y he entendido que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.</p> <p>Acepto que los resultados del estudio, sean publicados estando garantizado que la información a difundir sea anónima, por lo que mi identidad se mantendrá siempre en reserva.</p>	
FIRMA _____	ACLARACIÓN _____
FECHA _____	
	Estudiante Email: .....

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

COMPOSICION FAMILIAR

MAXIMO NIVEL ALCANZADO EN LA PROFESION

¿TRABAJA EN UNA ORGANIZACIÓN O PARTICULARMENTE?

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA TRABAJANDO EN LA ORGANIZACIÓN?

¿CÚAL ES SU CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ORGANIZACIÓN?

¿CUANTO TIEMPO LLEVA TRABAJANDO EN SU PROFESION?

¿CUANTO TIEMPO LLEVA TRABAJANDO CON PACIENTES CON CONSUMOS  
PROBLEMÁTICOS?

¿TRABAJA CONJUNTAMENTE CON OTROS PROFESIONALES?

**Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE)**

Lea atentamente las afirmaciones que se detallan a continuación y marque con una cruz en el casillero correspondiente según el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma.

		Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	Soy de decir las cosas que me molestan.					
2	Me cuesta expresar mis sentimientos hacia los demás.					
3	Me doy cuenta cuando estoy feliz.					
4	Antes de criticar a una persona, intento pensar					

	cómo me sentiría si estuviera en su lugar.					
5	Me cuesta disfrutar de la vida.					
6	Soy de ayudar a otros incluso cuando no me lo piden.					
7	Puedo manejar mis emociones.					
8	Cuando tengo un problema me cuesta resolverlo.					
9	Me cuesta decir que estoy en desacuerdo con algo.					
10	Si estoy decidido/a por algo, no me dejo influenciar por otros.					
11	Me resulta fácil decir a otras personas cuánto valen para mí.					
12	Conozco mis sentimientos.					
13	Los problemas de los demás me afectan poco.					
14	Puedo centrarme en los aspectos positivos de la vida.					
15	Es difícil para mí ver las cosas desde el punto de vista del otro.					

16	Me resulta difícil actuar con calma cuando algo me pone muy nervioso/a.					
17	Me pone muy incómodo/a decir que algo me molesta.					
18	Dudo de mi capacidad para cumplir los objetivos que me propongo.					
19	Tomo decisiones importantes sin consultar a otros.					
20	Digo claramente lo que me pasa a los demás.					
21	Me resulta difícil darme cuenta cuando cambia mi estado de ánimo.					
22	Cuando estoy discutiendo, trato de ponerme en el lugar del otro antes de decir algo.					
23	Ante situaciones difíciles de la vida confío que todo saldrá bien.					
		1. Completamente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni acuerdo, ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Completamente de acuerdo
24	Soy de ayudar a las personas					

	que están en problemas.					
2 5	Me resulta difícil controlar mis emociones.					
2 6	Digo lo que pienso aunque los demás no estén de acuerdo.					
2 7	Cuando me propongo un objetivo lo cumpla.					
2 8	Dicen que soy muy dependiente de mi familia.					
2 9	Me resulta fácil decir a los otros lo que pienso de ellos.					
3 0	Me cuesta diferenciar mis estados de ánimo.					
3 1	Me cuesta ayudar a otras personas.					
3 2	Tengo una actitud positiva ante la vida.					
3 3	Soy de perder el control cuando algo me enoja.					
3 4	Soy bueno/a para resolver los problemas que tengo.					
3 5	Me resulta fácil poner límites a las personas cuando algo me molesta.					

36	Tengo poca confianza en mí mismo/a para lograr lo que me propongo.					
37	Soy de consultar todo el tiempo a mi familia.					
38	Puedo expresar fácilmente lo que estoy sintiendo.					
39	Sé diferenciar mis sentimientos.					
40	Me cuesta aceptar que otro piense diferente.					
41	Me resulta más fácil hacer cosas que me beneficien a mí que a otros.					
42	Me cuesta poner límites a las personas.					
43	Me siento seguro/a de mí mismo/a en la mayoría de las situaciones.					
44	Dependo de los demás para tomar decisiones.					
45	Las personas que me conocen dicen que me expreso bien.					
46	Me cuesta darme cuenta qué es lo que					

	estoy sintiendo.					
4 7	Cuando me enojo con alguien intento ponerme en su lugar.					
4 8	Me desaliento fácilmente ante las dificultades de la vida.					
4 9	Cuando sé que algo solo beneficia a otros, dudo en hacerlo.					
		Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
5 0	Tengo dificultades para cumplir los objetivos que me propongo.					
5 1	Me cuesta mucho decir que "No".					
5 2	Me siento seguro/a tomando decisiones por mi cuenta.					
5 3	Me conecto poco con mis sentimientos.					
5 4	Me cuesta pensar que las cosas saldrán bien.					
5 5	Expreso mis opiniones con facilidad.					
5 6	Creo que a los demás las cosas le salen más fácil que a mí.					

5 7	Cuando estoy enojado/a sale lo peor de mí.					
5 8	Me resulta difícil expresar lo que me pasa.					
5 9	Me cuesta reconocer mis emociones.					
6 0	Soy de ver el lado bueno de las cosas.					
6 1	Me pongo muy nervioso/a si tengo que contradecir a alguien.					
6 2	Miro al futuro con esperanza.					
6 3	Ante un problema me cuesta pensar con claridad.					
6 4	Soy capaz de expresar mis emociones cuando hablo con otros.					
6 5	Me cuesta terminar lo que empiezo.					
6 6	Aunque tenga razón prefiero callarme antes que discutir.					
6 7	Cuando me siento triste me cuesta saber por qué.					
6 8	Cuando tengo muchas dificultades, me cuesta pensar en positivo.					

6 9	Cuando alguien me ofende soy capaz de mantenerme tranquilo/a.					
7 0	Me resulta difícil decir a otros cuánto significan para mí.					
7 1	Me cuesta darme cuenta de los sentimientos de los demás.					
7 2	Si hay complicaciones, me cuesta seguir para adelante.					

**Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)**

El siguiente cuestionario evalúa el nivel de estrés que padece una persona debido a actividades diarias de su profesión. A continuación se te presentarán diferentes afirmaciones con respecto a su desempeño en el trabajo cotidiano. Se te solicita que indiques con qué frecuencia experimentas, sientes o acontece lo que cada ítem plantea

Para responder tienes siete (7) opciones:

TODOS LOS DÍAS - VARIAS VECES POR SEMANA - UNA VEZ POR SEMANA -  
 VARIAS VECES AL MES - UNA VEZ AL MES - ALGUNAS VECES AL AÑO -  
 NUNCA.

Indicadores	To dos los días s	Va ria s vec es	Un a vez por se ma na	Va ria s vec es al me s	Un a vez al me s	Alg un as vec es al año o	Nu nca
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento cansado cuando me levanto a la mañana y tengo que afrontar otro día de trabajo							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos							
6. Trabajar todo los días con pacientes me cansa							
7. Trabajo con eficacia en los problemas de los pacientes							
8. Me siento desgastado por mi trabajo							

9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás							
10. Creo que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							

	To	Va	Un	Va	Un	Alg	Nu
<b>Indicadores</b>	<b>dos</b>	<b>ria</b>	<b>a</b>	<b>ria</b>	<b>a</b>	<b>un</b>	<b>nca</b>
	<b>los</b>	<b>s</b>	<b>por</b>	<b>vec</b>	<b>al</b>	<b>vec</b>	
	<b>día</b>	<b>vec</b>	<b>se</b>	<b>es</b>	<b>me</b>	<b>es</b>	
	<b>s</b>	<b>es</b>	<b>ma</b>	<b>al</b>	<b>s</b>	<b>al</b>	
			<b>na</b>	<b>me</b>		<b>añ</b>	
				<b>s</b>		<b>o</b>	
12. Me siento con mucha vitalidad en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurre a algunos pacientes que atiendo							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me genera estrés							
17. Puedo crear con facilidad un clima agradable con los pacientes							

18. Me siento motivado después de trabajar en contacto con los pacientes							
19. Creo que he conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento agotado, al límite de mis posibilidades							
21. Sé tratar en forma adecuada con los problemas emocionales propios de mi trabajo							
22. Creo que los pacientes me responsabilizan de algunos de sus problemas							

## ANEXO B. SALIDAS ESTADÍSTICAS

### Descripción de la muestra

#### Estadísticos

Edad		
N	Válido	38
	Perdidos	0
Media		40,97
Desviación estándar		8,245
Mínimo		25
Máximo		59

#### Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	48	1	2,6	2,6
	49	1	2,6	5,3
	50	1	2,6	7,9
	52	1	2,6	10,5
	53	1	2,6	13,2
	56	2	5,3	18,4
	57	1	2,6	21,1
	59	1	2,6	23,7
	37	2	5,3	28,9
	38	5	13,2	42,1
	39	1	2,6	44,7
	40	2	5,3	50,0
	42	3	7,9	57,9
	43	5	13,2	71,1
	44	1	2,6	73,7
	47	1	2,6	76,3
	48	1	2,6	78,9
	49	2	5,3	84,2
	50	1	2,6	86,8
	51	1	2,6	89,5
	53	1	2,6	92,1
	54	1	2,6	94,7
	56	1	2,6	97,4
	59	1	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

**Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	18	47,4	47,4	47,4
	MASCULINO	20	52,6	52,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**estadocivil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO	12	31,6	31,6	31,6
	CASADO	15	39,5	39,5	71,1
	UNION LIBRE	9	23,7	23,7	94,7
	SEPARADO	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**profesion**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PSIQUIATRA	3	7,9	7,9	7,9
	PSICOLOGO	30	78,9	78,9	86,8
	ENFERMERO	5	13,2	13,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**lugardenacimiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PARANA	13	34,2	34,2	34,2
	SANTA FE	2	5,3	5,3	39,5
	CHAJARI	3	7,9	7,9	47,4
	CONCORDIA	3	7,9	7,9	55,3
	LA PAZ	3	7,9	7,9	63,2
	BUENOS AIRES	5	13,2	13,2	76,3
	OTRO	9	23,7	23,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**lugarderresidencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PARANA	18	47,4	47,4	47,4
	CHAJARI	3	7,9	7,9	55,3
	CONCORDIA	3	7,9	7,9	63,2
	LA PAZ	5	13,2	13,2	76,3
	BUENOS AIRES	1	2,6	2,6	78,9
	OTRO	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**composicionfamiliar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FAMILIA SN HIJOS	5	13,2	13,2	13,2
	FAMILIA BIPARENTAL	21	55,3	55,3	68,4
	FAMILIA RECOMPUESTA	1	2,6	2,6	71,1
	FAMILIA MONOPARENTAL	7	18,4	18,4	89,5
	FAMILIA EXTENSA	2	5,3	5,3	94,7
	OTROS	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**máximonivelalcanzadoenprofesion**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POSGRADO	13	34,2	34,2	34,2
	LICENCIATURA	16	42,1	42,1	76,3
	MAESTRIA	1	2,6	2,6	78,9
	OTRO	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**lugardetrabajo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ORGANIZACION	38	100,0	100,0	100,0

**tiempotrabajado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3 AÑOS	6	15,8	15,8	15,8
	4 AÑOS	4	10,5	10,5	26,3
	5 AÑOS O MAS	28	73,7	73,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**cargo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PSICOLOGA/O	14	36,8	36,8	36,8
	JEFA TECNICA/O	2	5,3	5,3	42,1
	DIRECTORA/O	3	7,9	7,9	50,0
	EQUIPO TECNICO	4	10,5	10,5	60,5
	SECRETARIA/O	2	5,3	5,3	65,8
	CORDINACION	3	7,9	7,9	73,7
	OTRO	10	26,3	26,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**tiempoconpacientesconconsumo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5 AÑOS	11	28,9	28,9	28,9
	MAS DE 5	27	71,1	71,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**interdisciplina**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	37	97,4	97,4	97,4
	NO	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

## ANEXO C. ANÁLISIS DE DATOS

### Descriptivos de Competencias Emocionales

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
media_autoeficacia	38	2	4	2,84	,344
media_optimismo	38	2	5	2,74	,499
media_asertividad	38	1	4	2,08	,728
media_EXPRESION	38	2	4	2,52	,452
media_CONCIENCIA	38	1	4	2,26	,592
media_EMPATIA	38	1	4	2,28	,724
media_REGULACION	38	1	5	2,16	,623
media_PROSOCIALIDAD	38	1	5	2,43	,700
media_AUTONOMIA	38	1	4	2,05	,692
N válido (por lista)	38				

### Descriptivos de Burnout

#### Estadísticos

	MBI total (agrupado)	Cansancio Emocional (agrupada)	Despersonalización (agrupada)	Realización Personal (agrupada)
N	Válido 38	38	38	38
	Perdidos 0	0	0	0
Media	1,66	1,89	1,55	1,03
Desviación estándar	,708	,863	,760	,162
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	3	3	3	2

#### MBI total (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Baja	18	47,4	47,4	47,4
Media	15	39,5	39,5	86,8
Alta	5	13,2	13,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

### Cansancio Emocional (agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo	16	42,1	42,1	42,1
	medio	10	26,3	26,3	68,4
	alto	12	31,6	31,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

### Despersonalización (agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	baja	23	60,5	60,5	60,5
	media	9	23,7	23,7	84,2
	alta	6	15,8	15,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

### Realización Personal (agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	alta	37	97,4	97,4	97,4
	media	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

## Descriptivos de Correlación de Spearman

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_autoeficacia
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coeficiente de correlación	1,000	-,001
		Sig. (bilateral)	.	,993
		N	38	38
	media_autoeficacia	Coeficiente de correlación	-,001	1,000
		Sig. (bilateral)	,993	.
		N	38	38

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_optimismo
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coeficiente de correlación	1,000	,198
		Sig. (bilateral)	.	,233
		N	38	38
	media_optimismo	Coeficiente de correlación	,198	1,000
		Sig. (bilateral)	,233	.
		N	38	38

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_asertividad
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coeficiente de correlación	1,000	,141
		Sig. (bilateral)	.	,397
		N	38	38
	media_asertividad	Coeficiente de correlación	,141	1,000
		Sig. (bilateral)	,397	.
		N	38	38

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_EXPRESION
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coeficiente de correlación	1,000	,035
		Sig. (bilateral)	.	,836
		N	38	38
	media_EXPRESION	Coeficiente de correlación	,035	1,000
		Sig. (bilateral)	,836	.
		N	38	38

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_CONCIENCIA A
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coefficiente de correlación	1,000	,111
		Sig. (bilateral)	.	,506
		N	38	38
	media_CONCIENCIA	Coefficiente de correlación	,111	1,000
		Sig. (bilateral)	,506	.
		N	38	38

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_EMPATIA A
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coefficiente de correlación	1,000	,345*
		Sig. (bilateral)	.	,034
		N	38	38
	media_EMPATIA	Coefficiente de correlación	,345*	1,000
		Sig. (bilateral)	,034	.
		N	38	38

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_REGULACION N
Rho de Spearman	MBI_agrupado	Coefficiente de correlación	1,000	,274
		Sig. (bilateral)	.	,096
		N	38	38
	media_REGULACION	Coefficiente de correlación	,274	1,000
		Sig. (bilateral)	,096	.
		N	38	38

### Correlaciones

			MBI_agrupado	media_PROSOCIALIDAD D
--	--	--	--------------	--------------------------

Rho Spearman	de MBI_agrupado	Coeficiente de correlación	1,000	,283
		Sig. (bilateral)	.	,085
		N	38	38
	media_PROSOCIALIDAD	Coeficiente de correlación	,283	1,000
		Sig. (bilateral)	,085	.
		N	38	38

### Correlaciones

		MBI_agrupado		media_AUTONOMIA
Rho Spearman	de MBI_agrupado	Coeficiente de correlación	1,000	,101
		Sig. (bilateral)	.	,546
		N	38	38
	media_AUTONOMIA	Coeficiente de correlación	,101	1,000
		Sig. (bilateral)	,546	.
		N	38	38