

# La Inteligencia emocional como factor protector del burnout y sus consecuencias en personal sanitario ecuatoriano

## *Emotional intelligence as a protective factor of burnout and its consequences in Ecuadorian health personnel*

Sylvia Azucena Hidalgo Jurado<sup>1</sup> , Cristina Jenaro<sup>2\*</sup>   
y Lourdes Moro Gutiérrez<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador; <sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España

### Resumen

**Introducción:** Diversos estudios han encontrado que la inteligencia emocional ejerce un papel beneficioso ante el estrés, burnout y las enfermedades mentales. Los estudios en el contexto latinoamericano y en el ámbito de la salud son escasos. **Objetivos:** determinar la asociación entre inteligencia emocional y síndrome de burnout en personal sanitario, así como el poder predictivo de la inteligencia emocional y otros factores de salud física y psicológica, en el burnout. **Metodología:** Se trata de un estudio de corte transversal realizado con 202 profesionales de un hospital de Ecuador. Los instrumentos empleados han consistido en una encuesta con datos sociodemográficos y clínicos como medidas antropométricas y constantes vitales. A ello se añadió el Maslach Burnout Inventory (MBI), el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y el cuestionario de cribado de depresión PHQ-9. **Resultados:** El 71,2% de los participantes presenta puntuaciones clínicas en al menos una subescala del MBI. Un 10,6% muestra elevado cansancio emocional, un 23,7% presenta elevada despersonalización y un 50,5% muestra baja realización personal. Un 12,4% presenta un cuadro de burnout y un 11,4% obtuvo niveles de depresión de moderados a graves. En cuanto a la inteligencia emocional, se encuentra asociada negativamente con el burnout y con la depresión. El análisis de regresión indica que puntuaciones elevadas en depresión se explican por el

\* Autora para la correspondencia, Cristina Jenaro: INICO/Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Avda. De la Merced, 109-131. 37005-Salamanca (España). Email: [crisje@usal.es](mailto:crisje@usal.es)

efecto combinado de una excesiva atención emocional, un elevado burnout y una baja reparación emocional. Conclusión: El personal sanitario está expuesto al sufrimiento y muerte humana, así como a elevados niveles de responsabilidad, que se acrecientan en épocas de crisis. Todo esto conduce a experimentar burnout que a su vez puede desembocar en depresión. Es necesario poner en marcha estrategias de protección individuales y organizacionales, que potencien la inteligencia emocional, como vía para evitar estos riesgos psicosociales.

**Palabras clave:** Inteligencia emocional, trabajadores sanitarios, síndrome de burnout, depresión

### **Abstract**

**Introduction:** Several studies have found that emotional intelligence plays a beneficial role in stress, burnout and mental illness. Studies in the Latin American context and in the health field are scarce. **Objectives:** to determine the association between emotional intelligence and burnout syndrome in health personnel, as well as the predictive power of emotional intelligence and other physical and psychological health factors in burnout. **Methodology:** This is a cross-sectional study carried out with 202 professionals from a hospital in Ecuador. The instruments consisted of a survey with sociodemographic and clinical data such as anthropometric measurements and vital signs. The Maslach Burnout Inventory (MBI), the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) and the PHQ-9 depression screening questionnaire were also used. **Results:** 71.2% of the participants presented clinical scores on at least one subscale of the MBI. 10.6% showed high emotional exhaustion, 23.7% showed high depersonalization and 50.5% showed low personal accomplishment. 12.4% showed burnout and 11.4% showed moderate to severe levels of depression. Emotional intelligence was found to be negatively associated with burnout and depression. Regression analysis indicates that high scores in depression are explained by the combined effect of excessive emotional attention, high burnout and low emotional repair. **Conclusion:** Healthcare personnel are exposed to human suffering and death, as well as to high levels of responsibility, which increase in times of crisis. All this leads to burnout, which in turn can lead to depression. It is necessary to implement individual and organizational protection strategies that enhance emotional intelligence as a way to avoid these psychosocial risks.

**Keywords:** emotional intelligence, healthcare workers, burnout syndrome, depression.

## **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de burnout es una condición que ha cobrado aún mayor importancia en los últimos tiempos. Aunque el término “staff burnout” fue mencionado por primera vez

por Bradley en 1969 (Schaufeli y Buunk, 2002), desde los años 1970 ha sido descrito por el psicólogo Freudenberger, quien, al encontrarse trabajando en un segundo empleo con pacientes con adicciones, notó el desgaste emocional que tanto los voluntarios como él mismo estaban padeciendo. Lo relacionó con una falta de empatía hacia el sufrimiento del prójimo a manera de protección personal, para que las dolencias ajenas no impactaran tanto en el profesional. Pero es Cristina Maslach quien crea una manera de identificar el síndrome mediante un cuestionario, denominado el Maslach Burnout Inventory (MBI), que es el instrumento que se utiliza en más del 90% de las publicaciones empíricas sobre el burnout (Schaufeli y Buunk, 2002). El instrumento incluye tres categorías relacionadas con el burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), y baja realización personal (RP). El AE se define como la pérdida progresiva de energía, el decaimiento y el cansancio experimentado por los profesionales, que provoca sentimientos de encontrarse exhausto emocionalmente debido al contacto diario con los destinatarios del servicio (por ejemplo, los pacientes). La DP o cinismo se refleja en la irritabilidad y en actitudes negativas, frías, deshumanizadas e impersonales hacia esos usuarios. Por último, la RP se refiere a la falta o la reducción de los sentimientos eficacia, control y logro personal en el trabajo con otros. Además, como señalan Schaufeli y Buunk (2002, p.386), en la tercera edición del manual del test MBI (Maslach *et al.*, 1996), el concepto de burnout se amplía y se define como una crisis en la relación con el trabajo en general y no necesariamente como una crisis en la relación con las personas con quienes se trabaja. En consecuencia, se redefinen las tres dimensiones originales del burnout. El AE se refiere a la fatiga, independientemente de su causa; la DP refleja una actitud indiferente o distante hacia el trabajo. Por último, la falta de eficacia profesional abarca tanto los aspectos sociales como los no sociales del trabajo.

El burnout se puede encontrar en muchas esferas del abanico laboral, pero tiende a afectar mayormente al sector de trabajo directo con personas, especialmente en el sector salud, donde incluso el personal en formación reporta padecerlo (Hidalgo *et al.*, 2022). Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica se estima que el 50% del personal médico presenta burnout (Shields *et al.*, 2020). En estudios en países asiáticos la prevalencia del burnout oscila de 10,1% (Teo Beng Chin *et al.*, 2019) a 67,4% (Teo *et al.*, 2021), dependiendo del tipo de personal sanitario evaluado. En otros estudios con diverso personal sanitario se han encontrado tasas de burnout de 56,6% medido con el MBI (Olson *et al.*, 2019). También empleando el mismo instrumento se han encontrado niveles distintos dependiendo de la categoría profesional de los participantes, con tasas que oscilan entre 37,5% en responsables de servicios, 24,6% en auxiliares y 28% en otro personal (Spinelli *et al.*, 2016). En otro estudio se han encontrado tasas de 33.8% medido con una versión abreviada del MBI (Shaikh *et al.*, 2019). En personal farmacéutico en Francia se han encontrado niveles de 56.2% de burnout (Balayssac *et al.*, 2017). En un estudio de revisión se han encontrado tasas del 30% de burnout en personal sanitario portugués (Caneca y Palma, 2020). Otras revisiones sistemáticas informan de niveles medios altos en personal

sanitario, con porcentajes que oscilan entre el 11,4% y el 36,3% dependiendo de los estudios analizados (Barragán *et al.*, 2015).

También contamos con estudios internacionales centrados en la evaluación del burnout en tiempos de pandemia. Por ejemplo, en un estudio de meta-análisis se ha encontrado que durante las pandemias, el personal sanitario muestra una tasa promedio de burnout de un 28% (Serrano-Ripoll *et al.*, 2020). Por ejemplo, en Arabia Saudí los niveles de burnout encontrados en personal de salud mental durante la pandemia de COVID-19 fueron de 27,3% (Alkhamees *et al.*, 2021). En otro estudio con personal de anestesiología durante dos periodos de la pandemia de COVID-19 se encontraron niveles de burnout entre 21,6% y 17,4% (Schmid *et al.*, 2021).

Ante la disparidad de cifras de burnout se ha de señalar que en algunos estudios no se reporta la prevalencia del burnout sino los niveles altos, medios o bajos de las tres dimensiones por separado (e.g. Bentley *et al.*, 2021; Chinvararak *et al.*, 2022; López-López *et al.*, 2019). En otros estudios se adopta una perspectiva más estricta y se requiere la presencia de las tres dimensiones para considerar que se cumplen los criterios del síndrome del burnout (e.g. Kapetanos *et al.*, 2021). También en otras investigaciones la presencia del burnout se estima teniendo en cuenta únicamente la presencia de altas puntuaciones en las dos dimensiones principales (EE y DP) del síndrome (e.g. Shaikh *et al.*, 2019). Y aún en otros estudios (e.g. Gramaglia *et al.*, 2022), la presencia de puntuaciones elevadas en una de las dimensiones del síndrome es considerada evidencia suficiente de burnout. En definitiva, pese a las oscilaciones en las prevalencias encontradas, debido sobre todo al modo de considerar la presencia del burnout, queda clara la relevancia del estudio de este síndrome. Esto es aún más relevante en tiempos de pandemia, en la que los estudios coinciden en apreciar un incremento del mismo (Campello Vieira *et al.*, 2021), así como de factores asociados que denotan desajuste psicológico como respuesta a esta situación tan estresante (Ghosh & Ghosh, 2020).

La forma en que el individuo afronta el estrés se considera crucial para el desarrollo del burnout (Shaufeli y Buunk, 2002). De ahí la importancia de variables como la inteligencia emocional, que es considerada como factor de protección ante el burnout. La inteligencia emocional es un término relativamente nuevo; anteriormente se hablaba de la inteligencia y la emoción como conceptos no relacionados, pero por los años 1990 los psicólogos Salovey y Mayer los describieron como fenómenos asociados. Sin embargo, no es hasta mediados de los noventa cuando esta expresión se pone de moda a raíz del libro escrito por Daniel Goleman (1995) titulado *La inteligencia emocional*. En dicho libro el autor postula que la inteligencia emocional es más importante para lograr el éxito que el cociente intelectual de una persona (MacCann *et al.*, 2020).

La inteligencia emocional comprende varios elementos relacionados. Según Goleman (1996) la inteligencia emocional está constituida por cinco dimensiones: el

autoconocimiento, la autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales. Éstas, a su vez, comprenden diferentes aptitudes emocionales, tanto intra (e.g. reconocer las propias emociones) como interpersonales (e.g. empatía) (Alviárez y Pérez, 2009). Según la definición inicial de Salovey y Meyer (1990), esta inteligencia alude a la habilidad de conocer, entender y regular las emociones propias y ajenas, así como diferenciar entre ambas, y utilizar este conocimiento para guiar las acciones y pensamientos y obtener así resultados beneficiosos. Por tanto, desde este punto de vista es posible identificar cuatro dimensiones que la comprenden (Cao *et al.*, 2022): la autoevaluación de las emociones propias, la evaluación de las emociones ajenas, la regulación de las emociones y el uso de las emociones. Posteriormente, Mayer y Salovey (1997, p. 10) reformulan la definición y plantean que la inteligencia emocional incluye la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual. En consonancia con esta definición, Salovey *et al.* (1995) desarrollaron un instrumento, el Trait Meta-Mood Scale, que recoge los aspectos de IE intrapersonal de las personas, en concreto las habilidades para atender, discriminar y reparar los propios estados emocionales. Dicho instrumento, denominado TMMS-24, ha sido adaptado para su uso con población española (Fernández-Berrocal *et al.*, 2004).

La inteligencia emocional marca las diferencias en cuanto a cómo las personas reaccionan cuando están expuestos a situaciones estresantes o de cualquier otro tipo. Por ejemplo, se ha constatado que los profesionales sanitarios con una mayor capacidad para identificar las habilidades emocionales, tienen más recursos para afrontar eventos vitales estresantes (Cuchumbe y Castilla, 2018). En un estudio realizado con estudiantes de ciencias de la salud, se llegó a la conclusión que el burnout se presentaba más en mujeres y que los hombres mostraban una inteligencia emocional superior (Treat *et al.*, 2021). Varios estudios coinciden en que una elevada inteligencia emocional es un factor protector contra el síndrome de burnout (Cao *et al.*, 2022; Ubago-Jiménez *et al.*, 2021).

También la inteligencia emocional ejerce un papel importante en tiempos estresantes como los de la pandemia. Estudios realizados con personal sanitario antes de la pandemia confirman su asociación con la calidad de vida y el bienestar. También se ha identificado su papel protector al inicio de la pandemia de COVID-19, si bien requiere ser estudiado a más largo plazo y una población mayor (Kirkpatrick *et al.*, 2022). Asimismo, se ha demostrado que el entrenamiento de esta habilidad en contextos universitarios y durante la pandemia, ejerce un papel protector ante el riesgo de padecer síndrome de burnout, depresión, suicidio y ansiedad (Persich *et al.*, 2021). Así también, una baja inteligencia emocional se ha encontrado asociada con emociones negativas en personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19 (Sun *et al.*, 2021) y con las dimensiones del burnout

de agotamiento emocional y despersonalización en dicho personal y ha demostrado ejercer un papel mediador entre estas variables y el mindfulness (Xie *et al.*, 2021).

El estudio de la inteligencia emocional ha revelado su papel moderador entre el estrés, el burnout y la salud mental. Por ejemplo, en una investigación con estudiantes universitarios se identificaron mayores niveles de depresión, desesperanza e ideas suicidas en quienes presentaban una inteligencia emocional baja (Ciarrochi *et al.*, 2002). También se ha encontrado que esta variable incide en el burnout del profesorado a través de la experimentación de afecto negativo (Schoeps *et al.*, 2021) y que esta relación se encuentra moderada por el género en dicho grupo profesional (Karakuş, 2013). Cabe también señalar que en recientes estudios con personal de enfermería, el burnout se ha identificado como variable mediadora de la relación entre la inteligencia emocional y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento en el lugar de trabajo (Markiewicz, 2019). Revisiones sistemáticas han también demostrado que las habilidades de regulación emocional, que forman parte de la inteligencia emocional, juegan un importante papel en la prevención del burnout en personal médico (Jackson-Koku & Grime, 2019).

Con respecto a la depresión, existe una extensa evidencia de que, aunque el burnout y la depresión muestran cierto solapamiento, constituyen dos fenómenos diferentes (Schaufeli & Buunk, 2002). Este solapamiento parece ser especialmente elevado con el componente de agotamiento emocional (Chen & Meier, 2021; Schaufeli & Enzmann, 1998). Los estudios revelan que es común la presencia de ambas condiciones, en personal sanitario (Balayssac *et al.*, 2017), sobre todo en tiempos de pandemia (Alkhamees *et al.*, 2021; Babamiri *et al.*, 2022; Bener *et al.*, 2021; Juárez-García *et al.*, 2021). De hecho, parece que el burnout puede desembocar en depresión si la persona experimenta sentimientos de inferioridad (Brenninkmeyer *et al.*, 2001).

Así pues y a la vista de los antecedentes expuestos, en el presente estudio pretendemos contribuir al conocimiento de la presencia del burnout en personal sanitario de un centro hospitalario de Ecuador, en Durán, así como de las variables psicológicas (inteligencia emocional, depresión) y físicas (peso, hipertensión, enfermedades preexistentes) asociadas. Pretendemos además analizar la posible presencia de diferencias en la percepción de burnout y en inteligencia emocional en función de variables sociodemográficas. Finalmente pretendemos determinar en qué medida el afecto negativo y más concretamente, la depresión, puede ser predicho por las puntuaciones en burnout y en inteligencia emocional.

## METODOLOGÍA

### *Diseño y análisis*

Se trata de un estudio correlacional de corte transversal y con medidas ex post facto. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, de frecuencias y análisis bivariados y multivariados

(análisis de regresión por pasos), así como análisis inferenciales con pruebas de contraste T de Student y Anova. Los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS v.25. El nivel de confianza establecido para los análisis fue de  $\alpha = 0.05$ .

### ***Procedimiento***

Los datos se recogieron durante el mes de noviembre de 2022. Previamente se obtuvieron los permisos correspondientes, tanto por parte del comité de ética como del hospital y se indicó a los participantes que los datos eran confidenciales. Durante la recogida de datos se garantizó expresamente la confidencialidad, anonimato y voluntariedad de participar en el estudio.

### ***Participantes***

La población diana consistió en los trabajadores de la salud del hospital IESS de Durán, Ecuador. Se procedió a incluir a todos aquellos empleados del hospital que voluntariamente desearon participar, a partir de la edad de 18 años y que llevaran trabajando un mínimo de 3 meses en el centro. En consecuencia, se excluyeron los menores de edad, quienes no desearon colaborar con la investigación o llevaban menos de tres meses laborando. Finalmente se tomó una muestra de 202 participantes, cuyas principales características se resumen en la Tabla 1. Se puede apreciar cómo la mayoría eran mujeres de entre 30-40 años de edad, solteros y con hijos. La etnia predominante fue la mestiza y de procedencia urbana. El 74,7% (n=148) indicaron residir dentro del área urbana. La mayor proporción de entrevistados trabaja en un solo centro y llevaba más de tres años en el mismo puesto de trabajo. Por otro lado, la mayor proporción de los trabajadores (32,3%, n=64) eran médicos internos residentes de alguna unidad de salud.

Otros datos complementarios indicaron que en su mayoría no eran cuidadores de otras personas (67,3%), no tenían enfermedades previas (77,2%), un 43,1% mostraba sobrepeso y un 30,2% obesidad. En el caso de la presión arterial, los valores medios fueron de 122/74, con un 68,8% con presión normal, frente a un 31,2% con presión alta. La frecuencia cardiaca promedio fue de 79,13 (dt=9,22).

**Tabla 1.**  
*Características de los participantes*

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Sexo		
Femenino	117	57,9
Masculino	85	42,1
Edad		

Variables	N	Porcentaje
18-29 años	79	39,1
30-40 años	82	40,6
41-50 años	29	14,4
51- 65 años	12	5,9
Estado civil		
Soltero	91	45,1
Casado	65	32,2
Unión libre	29	14,4
Divorciado	15	7,4
Viudo	2	1,0
Hijos		
Sin hijos	76	37,6
Con hijos	126	62,4
Etnia		
Blanco	15	7,4
Mestizo	176	87,1
Afroamericano	6	3,0
Otro	1	0,5
NC	4	2,0
Residencia		
Semiurbana	45	22,3
rural	8	4,0
urbana	149	73,8
Trabajos		
Uno	171	84,7
Más de uno	24	11,9
NC	7	3,5
Antigüedad		
< 6 meses	32	15,8
6 meses a 1 año	43	21,3
1 año - 3 años	39	19,3
> 3 años	88	43,6
Puesto		
Auxiliar/No sanitario	62	30,7
Médico Interno/residente	71	35,1
Otro especialista sanitario	39	19,3
Médico	30	14,9



### ***Instrumentos***

En primer lugar, los participantes respondieron la encuesta de datos sociodemográficos, con la que también se recogieron las características físicas de los participantes relativas a la talla, peso, perímetro abdominal, pulso y presión arterial.

Se ha utilizado el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para valorar la posible presencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Maslach y Jackson, 1981, 1986, 1996; Schaufeli *et al*, 1996; Schaufeli *et al*, 2002). El instrumento se compone de 22 afirmaciones acerca de sentimientos, emociones y actitudes que el trabajador siente acerca de su estado laboral y del ambiente en el cual se desenvuelve. Los ítems se agrupan en tres factores: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. En el presente estudio, el instrumento globalmente considerado ha obtenido una fiabilidad medida con el estadístico alfa de Cronbach de 0,85. El cansancio emocional ha obtenido una fiabilidad de  $\alpha=0,75$ , la despersonalización ha obtenido una fiabilidad de  $\alpha=0,54$  y la realización personal ha obtenido una fiabilidad de  $\alpha=0,90$ .

En segundo lugar, se ha aplicado el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para determinar el riesgo de depresión (Kroenke *et al.*, 2001). Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que va de 0 (nunca), a 3 (casi todos los días). La gravedad de los síntomas puede organizarse en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave)14. En el presente estudio el instrumento globalmente considerado ha obtenido una fiabilidad de  $\alpha=0,82$ .

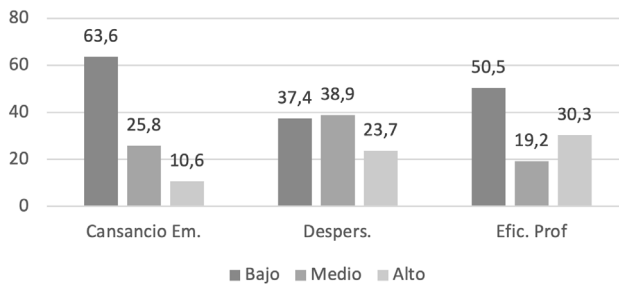
En tercer lugar, se ha empleado el test de Trait Meta-Mood Scale-24 (Salovey *et al.*, 1995; Fernández Berrocal, 1998) para medir la Inteligencia emocional. Este instrumento mide los factores Atención (capacidad de atender a los sentimientos de forma adecuada), Claridad (capacidad de comprender adecuadamente los estados emocionales) y Reparación (capacidad de regular adecuadamente los estados emocionales). En el presente estudio, el instrumento globalmente considerado ha obtenido una fiabilidad de  $\alpha=0,91$ . La dimensión de atención obtuvo una fiabilidad de  $\alpha=0,88$ . La dimensión de claridad obtuvo una fiabilidad de  $\alpha=0,88$  y la dimensión de reparación obtuvo una fiabilidad de  $\alpha=0,89$ .

## **RESULTADOS**

En cuanto a la presencia de burnout en los participantes objeto de estudio, se ha de señalar que el 71,21% del personal sanitario (n=141), presenta riesgo o Indicios de burnout en al menos una de las dimensiones, frente a un 28,79% (n=57) no posee riesgo. En la Figura 1 se aprecia cómo si bien en cansancio emocional predominan los niveles bajos, lo que supone un hecho positivo, en eficacia profesional predominan dichos niveles bajos lo que en este caso supone un aspecto negativo. Además, en despersonalización predominan los niveles medios. Por otro lado, La identificación de participantes con niveles medios o

altos de cansancio emocional y despersonalización, junto con niveles medios o bajos de eficacia profesional, nos llevó a identificar a un total de 25 personas (12,4%) que cumplían con los criterios del síndrome de burnout.

**Figura 1.**  
*Niveles bajos, medios y altos de las diferentes dimensiones del burnout*



Fuente: *Elaboración personal*

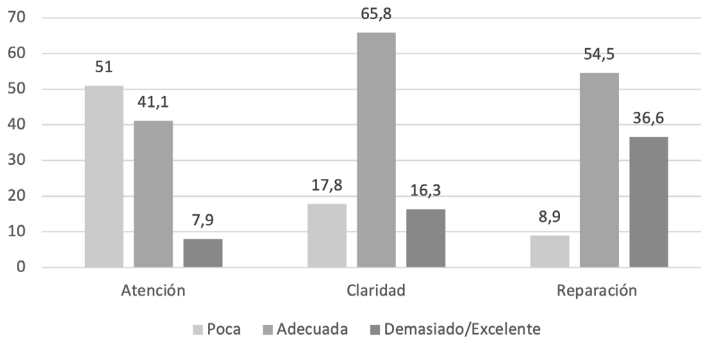
Por lo que se refiere a la posible influencia de variables sociodemográficas en el burnout, los análisis indicaron una ausencia de tales diferencias en función del género. Tampoco se encontraron diferencias en función de la procedencia rural, semiurbana o urbana. Los análisis indicaron además que el estado civil no influyó significativamente en el cansancio emocional [ $F_{(3,196)}=0,232$ ;  $p=0,874$ ], la despersonalización [ $F_{(3,196)}=0,357$ ;  $p=0,784$ ] o la eficacia profesional [ $F_{(3,196)}=2,326$ ;  $p=0,076$ ]. Tampoco la etnia influyó significativamente, ni en el cansancio emocional [ $F_{(2,194)}=1,096$ ;  $p=0,336$ ], ni en la despersonalización [ $F_{(2,194)}=0,145$ ;  $p=0,865$ ] ni en la eficacia profesional [ $F_{(2,194)}=1,221$ ;  $p=0,297$ ]. Con respecto al impacto de tener una condición de salud o no y su relación con las dimensiones del burnout, los análisis revelaron una ausencia de diferencias estadísticamente significativas. A su vez, ni los niveles de peso ni los valores en tensión arterial resultaron en diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de burnout.

En relación al tiempo en que el trabajador lleva desempeñando su trabajo, los análisis revelaron la presencia de diferencias significativas en eficacia profesional [ $F_{(3,198)}=5,238$ ;  $p=0,002$ ]. Los análisis post hoc (Duncan) revelaron que los grupos intermedios, es decir, los que llevaban entre 6 meses y un año ( $M=24,02$ ;  $dt=14,12$ ) o de uno a tres años ( $M=25,38$ ;  $dt=14,53$ ), obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos extremos, es decir, quienes llevaban trabajando menos de 6 meses ( $M=32,59$ ;  $dt=11,81$ ) o más de tres años ( $M=31,80$ ;  $dt=12,22$ ). El hecho de tener tan solo un trabajo o más de uno, se encontró asociado a diferencias estadísticamente significativas en cansancio emocional ( $t=-2,149$ ,  $gl=193$ ;  $p=0,033$ ) y en despersonalización ( $t=-2,530$ ,  $gl=193$ ;  $p=0,012$ ) y quienes

desempeñan más de un trabajo obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en ambas dimensiones.

En lo que respecta al estado emocional de los participantes y más concretamente, sus niveles de depresión, los datos pusieron de manifiesto que si bien una gran mayoría (88,6%; n=179) presentaron niveles leves o mínimos, un 11,4% (n=23) obtuvieron niveles de moderados a graves. En cuanto a la inteligencia emocional, en la Figura 2 podemos ver cómo predominan los bajos niveles de atención, y los niveles adecuados de claridad y reparación si bien éstos no llegan a niveles excelentes en muchos casos. Cabe señalar que en atención, unas puntuaciones muy elevadas denotan demasiada, más que excelente, atención.

**Figura 2.**  
*Niveles de atención, claridad y reparación de los participantes*



*Fuente: Elaboración personal*

El análisis de la posible influencia de variables sociodemográficas en la inteligencia emocional, puso de manifiesto una ausencia de tales diferencias en función del género en atención y claridad, pero sí en reparación emocional ( $t=2,067$ ,  $gl=200$ ;  $p=0,04$ ), donde las mujeres puntuaron significativamente más elevado que los hombres. También se encontraron diferencias en función de la procedencia rural, semiurbana o urbana en claridad ( $F=7,813$ ,  $gl=2,199$ ;  $p=0,001$ ) y reparación ( $F=-5,274$ ,  $gl=2,199$ ;  $p=0,006$ ). Los análisis posthoc (Duncan) revelaron que las personas procedentes del medio rural obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos. Además, los análisis indicaron que el estado civil no influyó significativamente en las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de la inteligencia emocional. La etnia influyó significativamente en la atención emocional [ $F_{(2,194)}=6,642$ ;  $p=0,002$ ] y los análisis post hoc pusieron de manifiesto que las personas de etnia mestiza puntuaban significativamente más bajo que las personas de etnia afroamericana. Con respecto al impacto de tener una condición de salud o no y su relación con las dimensiones de la inteligencia emocional, los análisis revelaron la presencia

de diferencias estadísticamente significativas en claridad emocional ( $t=2,869$ ,  $gl=184$ ;  $p=0,05$ ) donde quienes no presentaban una enfermedad preexistente puntuaban más alto ( $M=30,36$ ;  $dt=5,71$ ) que quienes no tenían una enfermedad ( $M=27,23$ ;  $dt=6,36$ ). El análisis de las posibles diferencias entre tener tensión arterial normal o elevada y las diferentes dimensiones de la inteligencia emocional no resultaron en diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre los niveles de peso (bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad) y las dimensiones de la inteligencia emocional. En otros estudios se han encontrado asociaciones significativas entre inteligencia emocional y otras variables de salud como las horas de sueño y el ejercicio físico (Sharaf *et al.*, 2022).

Por lo que se refiere al tiempo en que el trabajador lleva desempeñando su trabajo, se encontró asociado a diferencias estadísticamente significativas en atención emocional [ $F_{(3,198)}=2,761$ ;  $p=0,04$ ] y claridad [ $F_{(3,198)}=4,424$ ;  $p=0,005$ ]. Los análisis post hoc (Duncan) revelaron que quienes llevaban de uno a tres años ( $M=25,56$ ;  $dt=6,36$ ), puntuaban significativamente más alto en atención emocional que quienes llevaban trabajando más de tres años ( $M=22,24$ ;  $dt=7,23$ ). A su vez, quienes llevaban menos tiempo trabajando, es decir, menos de seis meses, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en claridad emocional que los restantes grupos. El hecho de tener tan solo un trabajo o más de uno, no se relacionó con puntuaciones estadísticamente diferentes en las dimensiones de inteligencia emocional.

Centrándonos en el análisis de la asociación entre variables físicas (IMC, frecuencia cardiaca, HTA, enfermedad preexistente) y las variables psicológicas, los datos indicaron una ausencia de correlaciones significativas, con la excepción de la correlación negativa entre frecuencia cardíaca y despersonalización ( $r_{xy}=-0,15$ ;  $p<0,05$ ), la asociación negativa y significativa entre hipertensión arterial y atención emocional ( $r_{xy}=-0,14$ ;  $p<0,05$ ) y la asociación significativa y positiva entre presentar una enfermedad preexistente y puntuaciones en depresión ( $r_{xy}=0,21$ ;  $p<0,01$ ). Por otro lado, en la Tabla 2 se puede apreciar cómo existe una asociación significativa y positiva entre depresión y burnout considerado globalmente y en dos de sus dimensiones (cansancio emocional y despersonalización). La atención emocional correlaciona además de modo negativo y significativo con las puntuaciones totales en el MBI y con la realización personal. Además, la reparación de las emociones correlaciona de modo significativo y positivo con la realización personal. En suma, puede decirse que una elevada depresión se encuentra asociada a un elevado cansancio emocional y despersonalización y que una elevada realización personal se encuentra asociada a una mayor capacidad para atender a los sentimientos de forma adecuada y a una mayor habilidad para regular las emociones.

**Tabla 2.**  
*Correlaciones de Pearson entre variables psicológicas*

	Claridad	Reparación	Agotamiento	Despersonalización	Realización	MBI	Depresión
Atención	0,27**	0,20**	-0,02	0,00	-0,23**	-0,15*	0,28**
Claridad		0,60**	-0,06	-0,04	0,10	0,02	-0,14*
Reparación			-0,12	-0,05	0,21**	0,06	-0,24**
Agotamiento				,70**	0,26**	0,80**	0,42**
Despersonalización					0,13	0,65**	0,29**
Realización						0,77**	0,01
TOTMBI							0,27**

Finalmente, para determinar el poder predictivo de las variables psicológicas previamente señaladas, en las puntuaciones de depresión, hemos procedido a llevar a cabo un análisis de regresión múltiple por el método de pasos sucesivos (*stepwise*). Como posibles predictores incluimos las dimensiones de la inteligencia emocional, así como el total obtenido en el MBI. Como variable predicha incluimos el total en la escala de depresión. Previamente hemos comprobado los supuestos de linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y no colinealidad. En la Tabla 3 se ofrece el resumen del modelo donde se puede apreciar cómo un 28,9% de los valores en depresión es explicado por la combinación de las puntuaciones en las variables atención emocional, total en el MBI y reparación emocional. El valor del estadístico Durbin-Watson (entre 1,5 y 2,5) corrobora la independencia de los errores. El análisis de varianza puso además de manifiesto que las variables explicativas influyen de modo conjunto y lineal en la variable explicada ( $F=26,853$ ;  $gl=3, 198$ ;  $p<0,001$ ). Los coeficientes Beta pusieron de manifiesto que la depresión es predicha por puntuaciones elevadas en atención emocional ( $Beta=0,399$ ;  $t=6,434$ ,  $p<0,001$ ), puntuaciones elevadas en el MBI ( $Beta=0,353$ ,  $t=5,799$ ,  $p<0,001$ ) y puntuaciones bajas en realización emocional ( $Beta=-0,340$ ;  $t=-5,542$ ;  $p<0,001$ ). La ecuación de regresión de la predicción de valores en depresión queda por definida como:  $2,969 + (0,246 * Atención) + (0,069 * MBI) + (-0,230 * Realización)$ . El análisis de la diferencia entre las puntuaciones predichas en depresión y los valores obtenidos en depresión en el presente estudio indicó un valor predicho de 5,03 frente a un valor obtenido de 5,05 ( $t=-0,060$ ,  $gl=201$ ;  $p=0,952$ ) y una correlación entre ambas puntuaciones de 0,538 ( $p<0,001$ ). Estos datos avalan la adecuación de la predicción de los valores en depresión por la combinación de las puntuaciones en las variables predictoras: atención emocional, puntuaciones en MBI y reparación emocional. Más concretamente, puntuaciones elevadas en depresión se explican por el efecto combinado de una excesiva atención emocional, un elevado burnout y una baja reparación emocional.

**Tabla 3.**  
*Resumen del modelo de regresión múltiple (método stepwise)*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	ET	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Cambio en R <sup>2</sup>	Cambio en F	gl1	gl2	p.	
1	0,279 <sup>a</sup>	0,078	0,073	4,1159	0,078	16,843	1	200	<0,001	
2	0,423 <sup>b</sup>	0,179	0,171	3,8932	0,101	24,541	1	199	<0,001	
3	0,538 <sup>c</sup>	0,289	0,278	3,6315	0,110	30,718	1	198	<0,001	2,062

a. Predictores: (Constante), Atención

b. Predictores: (Constante), Atención, Total MBI

c. Predictores: (Constante), Atención, Total MBI, Reparación

d. Variable Dependiente: Depresión

## DISCUSIÓN

El presente estudio ha puesto de manifiesto que el 71,21% del personal sanitario posee al menos un factor de riesgo o Indicios de burnout y que un 12,4% cumple todos los criterios de presencia del síndrome de burnout, a lo que se ha de añadir un 11,4% que muestran niveles de depresión de moderados a graves. Estos resultados subrayan la importancia de la concienciación sobre este problema, que solamente en las últimas épocas está siendo objeto de atención desde un marco más formal de la salud. Los resultados obtenidos son más elevados que los obtenidos en otro estudio realizado en Ecuador por Ramírez (2017) quien obtuvo una prevalencia del 4,2% del síndrome de burnout. Es sin embargo bastante inferior a la encontrada en estudios como el de Matsuishi *et al.*, (2021) sobre la prevalencia del síndrome de burnout en enfermeros de UCIs pediátricas donde se constató una prevalencia entre el 42% y 77%. Posibles explicaciones a estas diferencias se relacionen, por un lado, con el incremento del estrés asociado a la pandemia de COVID-19 y, por otro lado, por el hecho de que en el presente estudio hemos analizado todas las unidades, servicios hospitalarias y personal tanto sanitario como auxiliar, y no sólo algunas de especial riesgo de burnout como la recogida por Matsuishi *et al.*, (2021). Una explicación adicional podría relacionarse con la relativa juventud de la muestra del presente estudio, así como la relativa juventud en el puesto de trabajo.

Nuestros resultados sugieren que variables sociodemográficas como el género, el estado civil, la etnia o el lugar de residencia, no afectan sustancialmente a las puntuaciones en burnout. Por otro lado, las variables de salud física (enfermedad, peso, tensión arterial) no se han encontrado determinantes en la percepción del burnout. Estos resultados son contrarios a estudios previos como el de Khammissa *et al.*, (2022), Wilf-Miron *et al.*, (2022), el de Kiriella *et al.*, (2021), entre otros. Explicaciones tentativas podrían relacionarse con

la elevada juventud de la muestra objeto de estudio, que pudiera estar actuando como elemento protector. Sin embargo, a medida que la edad avanza, si no se actúa antes los factores de riesgo y de estrés, es posible que los estresores se cronifiquen y resulten en mayor prevalencia del burnout y mayor impacto en la salud. De hecho, un resultado interesante de nuestro estudio se relaciona con el hecho de que quienes llevan, o bien poco tiempo trabajando en el servicio hospitalario, o bien bastante tiempo, perciben una mayor eficacia profesional que los grupos intermedios. Posibles explicaciones se relacionan con la supervivencia en el puesto de trabajo, característica de quienes ya llevan mucho tiempo y que, por tanto, han sobrevivido al sistema y han mostrado resiliencia. Así nos indica los estudios de Rivas-García *et al.*, (2022), Leo *et al.*, (2021), Castañeda Aguilera & García, (2022), entre otros. Estos resultados, coincidentes con hallazgos previos, avalan la necesidad de poner en marcha actuaciones centradas en el individuo para fomentar su resiliencia y habilidades de afrontamiento. Los resultados indican también que quienes desempeñan más de un trabajo obtienen puntuaciones significativamente superiores en cansancio emocional y en despersonalización. Este hallazgo destaca la importancia de acometer actuaciones a nivel organizacional para garantizar unas condiciones de trabajo justas y un salario digno.

Por lo que se refiere a la inteligencia emocional, en el presente estudio hemos encontrado valores medios de este factor sus dimensiones, lo que indica que existe un amplio margen de mejora. Hemos además encontrado que las mujeres puntúan más elevado que los hombres en reparación emocional y que las personas procedentes del medio rural y las de etnia mestiza obtienen puntuaciones más bajas. Estos aspectos, que requieren una investigación adicional, podrían estar relacionados con factores sociales o culturales que pusieran a determinados subgrupos de población en una situación de desventaja. Dichos estudios adicionales podrían contribuir a arrojar luz sobre hallazgos contradictorios, como los relacionados con la inteligencia emocional y el género (Ran *et al.*, 2021). También hemos obtenido que quienes tienen una enfermedad preexistente puntúan más bajo en claridad emocional, si bien otras condiciones de salud no se han encontrado asociadas significativamente a valores diferentes de inteligencia emocional. Por otro lado, parece que la antigüedad en el puesto de trabajo lleva asociada una reducción de la atención emocional, lo que podría explicarse también como un mecanismo de supervivencia de aquellos que se mantienen en un puesto de trabajo que suscita estrés. Así, la reducción de la atención permite, a los trabajadores más antiguos, conservar su puesto de trabajo. Ello sin embargo puede repercutir en una reducción de la claridad emocional que, como hemos visto, parece ir reduciéndose en trabajadores con mayor antigüedad.

Otros resultados relevantes del presente estudio se relacionan con la asociación directa y significativa entre el burnout y la depresión (especialmente el cansancio emocional y la despersonalización). Por otro lado, los resultados apuntan a que la inteligencia emocional (especialmente los componentes de atención y reparación), se encuentra asociada con el

componente de realización personal del burnout, pero no con el agotamiento ni con la despersonalización, lo que va en contra de estudios previos (Sharaf *et al.*, 2022), si bien ofrece un apoyo parcial adicional a estos y otros estudios en los que se constata (Cao *et al.*, 2022) que la inteligencia emocional incide en el riesgo del burnout. A su vez, los componentes de la inteligencia emocional se encuentran claramente asociados a la depresión. También hemos encontrado que la salud psicológica (depresión), se encuentra predicha por la inteligencia y el burnout. Concretamente, una excesiva atención emocional, unido a una elevada experiencia de burnout y una baja reparación emocional, predicen el 28,9% de las puntuaciones en depresión. Estudios previos destacan la importancia de actuar sobre el componente de reparación emocional para prevenir posibles efectos adversos de riesgos psicosociales, especialmente los relacionados con el burnout (Soto-Rubio *et al.*, 2020). En otro estudio realizado en Corea, en un hospital general, se encontró que la inteligencia emocional puede ejercer un papel protector ante el burnout (Han *et al.*, 2022). Los resultados del presente estudio amplían los hallazgos de estudios previos, puesto que indican que en situaciones de estrés crónico, la inteligencia emocional puede ejercer un papel protector sobre consecuencias emocionales negativas como es la depresión. Por ser la depresión una de las principales causas de absentismo y bajas laborales, es clara la oportunidad y conveniencia de intervenir sobre los factores que a largo plazo predicen dicho estado afectivo negativo.

Los hallazgos de este estudio han de ser tomados con precaución dado el tipo de muestreo utilizado y las características del mismo, así como el diseño del estudio y la técnica de recogida de información empleada, que puede a su vez introducir sesgos de deseabilidad social o simulación. Pese a estas limitaciones, este trabajo ofrece datos que reflejan el estrés laboral al que está sometido el personal sanitario en nuestros días, y avalan la necesidad de poner en marcha intervenciones centradas en el individuo y en la organización.

## CONCLUSIONES

El síndrome de burnout es un padecimiento que ha tomado mayor fuerza durante la época de la pandemia del COVID-19, aunque no se presenta de específicamente para un solo grupo de empleados, tiende a darse más comúnmente entre los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que trabajan en cuidado directo, emergencia o unidad de cuidados intensivos. Así mismo, se encuentra una relación positiva entre el poco tiempo en el puesto de labor con burnout. Es por esto que es recomendado el conocimiento de este entre los trabajadores de la salud, lo cual debe ser prioridad en las diversas casas de salud y no opcional.

De acuerdo con nuestro estudio, los factores más claramente asociados al burnout se relacionan con factores sociales, económicos u organizacionales, como la antigüedad en el puesto de trabajo, o el tener que desempeñar más de un trabajo. Estos resultados apuntan



a la necesidad de garantizar unas condiciones de trabajo justas, que impidan que la persona se encuentre en riesgo de exclusión. También apelan a la necesidad de promover contextos organizacionales saludables, a través de actuaciones destinadas al individuo y a la organización, para que la antigüedad en el puesto no se asocie irremediablemente al burnout.

La inteligencia emocional es una herramienta que se comprueba útil como factor protector del síndrome de burnout. Especialmente para abordar los sentimientos de baja eficacia profesional. Es recomendable que los empleados sean alentados a explorar el fortalecimiento y mejora de la misma. Se sugiere se trabaje en talleres donde los empleados puedan mejorar ciertas cualidades que ayudan para aminorar el riesgo a sufrir de estrés crónico, el burnout y enfermedades mentales. Específicamente, el conocimiento y manejo de la empatía, autoconciencia, motivación, autorregulación y habilidades sociales son altamente indicadas. Además, la inteligencia emocional parece especialmente útil para evitar consecuencias emocionales negativas como la depresión, fenómeno muy común entre los trabajadores y que ocasiona muchas pérdidas de productividad, genera muchos costes a las empresas, a la seguridad social y a la sanidad pública y sobre todo, genera una gran infelicidad en la persona y en quienes le rodean.

### ***Aprobación del comité de ética***

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la clínica Kennedy, Guayaquil, Ecuador

### ***Conflicto de intereses***

Ninguno declarado

### ***Financiamiento***

Sin fuentes de financiamiento

## **REFERENCIAS**

- Alkhamees, A. A., Assiri, H., Alharbi, H. Y., Nasser, A., & Alkhamees, M. A. (2021). Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00584-1>
- Alviárez, L., Pérez, M. (2009). Inteligencia emocional en las relaciones académicas profesor-estudiante en el escenario universitario. *Laurus*, 15 (30), 94-117. <https://www.redalyc.org/pdf/761/76120651005.pdf>

- Babamiri, M., Bashirian, S., Khazaei, S., Sohrabi, M. S., Heidarimoghadam, R., Mortezaipoor, A., & Zareian, S. (2022). Burnout and Mental Health of COVID-19 Frontline Healthcare Workers: Results from an Online Survey. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(2), 136-143.
- Barragán, A.B., Martos, A., Cardila, F., Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M. C. y Gázquez, J.J. (2015). Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. *European Journal of Health Research*, 1(1), 5-14. <https://doi.org/10.1989/ejhr.v1i1.1>
- Balayssac, D., Pereira, B., Virot, J., Collin, A., Alapini, D., Cuny, D., Gagnaire, J.-M., Authier, N., & Vennat, B. (2017). Burnout, associated comorbidities and coping strategies in French community pharmacies—BOP study: A nationwide cross-sectional study. *PLoS ONE*, 12(8), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182956>
- Bener, A., Bhugra, D., & Ventriglio, A. (2021). Mental health and quality of life of frontline health care workers after one year of covid-19 pandemic. *Acta Medica Transilvanica*, 26(3), 6-11. <https://doi.org/10.2478/amtsb-2021-0040>
- Bentley, S. A., Black, A., Khawaja, N., Fylan, F., Griffiths, A. M., & Wood, J. M. (2021). The mental health and wellbeing survey of Australian optometrists. *Ophthalmic & Physiological Optics*, 41(4), 798-807. <https://doi.org/10.1111/opo.12823>
- Bin Dahmash, A., Alhadlaq, A. S., Alhujayri, A. K., Alkholaiwi, F., & Alosaimi, N. A. (2019). Emotional Intelligence and Burnout in Plastic Surgery Residents: Is There a Relationship? *Plastic and Reconstructive Surgery*. *Global Open*, 7(5), e2057. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002057>
- Brenninkmeijer, V., Van Yperen, N.W.&Buunk, B.P. (2001) Burnout and depression are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873–80.
- Campello Vieira, L., Cuzzuol Gomes, I., & Rodrigues Matos, F. (2021). Síndrome de Burnout e Covid-19: Revisão Integrativa sobre Profissionais de Saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, 13(2), 142-158. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i2.4298>
- Caneca, N. Á., & Palma, J. E. (2020). Caracterização do burnout em profissionais de saúde em Portugal: um artigo de revisão. *Psique*, 16(1), 8-23. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.4>
- Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Jiao, M., Li, Y., & Ma, Y. (2022). The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers and Mediating Role of Workplace Violence: A Cross Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 10, 892421. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.892421>

- Castañeda Aguilera, E., & García, J. E. G. de A. (2022). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) y variables asociadas en médicos especialistas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(1), 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.002>
- Chinvararak, C., Kerdcharoen, N., Pruttithavorn, W., Polruamngern, N., Asawaroekwisoot, T., Munsukpol, W., & Kirdchok, P. (2022). Mental health among healthcare workers during COVID-19 pandemic in Thailand. *PLoS ONE*, 17(5), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268704>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197–209. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00012-5)
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. & Ramos, N. (2004). “Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale”. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Ghosh, S., & Ghosh, S. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on mental health of the health care workers. *Indian Journal of Biochemistry & Biophysics*, 57(5), 591-601.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Kairós
- Gramaglia, C., Bazzano, S., Gambaro, E., Cena, T., Azzolina, D., Costa, A., Zeppegno, P., & Corte, F. D. (2022). Mental Health Impact and Burnout in Critical Care Staff During Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 50, S34-S41. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2022.21263>
- Han, W., Kim, J., Park, J., & Lee, M. (2022). Influential Effects of Emotional Intelligence on the Relationship between Job Stress and Burnout among General Hospital Administrative Staff. *Healthcare*, 10(2), 194. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020194>
- Hidalgo, S. A., Jimenez, M. L. H., Vinces, A. O. M., & Poveda, K. G. F. (2022). Síndrome de Burnout en los internos de Enfermería. *Journal of American Health*, 5(2), Article 2. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/135>
- Jackson-Koku, G., & Grime, P. (2019). Emotion regulation and burnout in doctors: A systematic review. *Occupational Medicine*, 69(1), 9-21. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz004>
- Juárez-García, A., Camacho-Ávila, A., García-Rivas, J., & Gutiérrez-Ramos, O. (2021). Psychosocial factors and mental health in Mexican healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Salud Mental*, 44(5), 229-240. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.030>

- Kapetanos, K., Mazeri, S., Constantinou, D., Vavlitou, A., Karaiskakis, M., Kourouzidou, D., Nikolaides, C., Savvidou, N., Katsouris, S., & Koliou, M. (2021). Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. *PLoS ONE*, 16(10), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258475>
- Khammissa, R. A. G., Nemitandani, S., Feller, G., Lemmer, J., & Feller, L. (2022). Burnout phenomenon: Neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *The Journal of International Medical Research*, 50(9), 03000605221106428. <https://doi.org/10.1177/03000605221106428>
- Kirkpatrick, H., Wasfie, T., Laykova, A., Barber, K., Hella, J., & Vogel, M. (2022). Emotional Intelligence, Burnout, and Wellbeing Among Residents as a Result of the COVID-19 Pandemic. *The American Surgeon*, 88(8), 1856–1860. <https://doi.org/10.1177/00031348221086804>
- Kiriella, D. A., Islam, S., Oridota, O., Sohler, N., Dessenne, C., de Beaufort, C., Fagherazzi, G., & Aguayo, G. A. (2021). Unraveling the concepts of distress, burnout, and depression in type 1 diabetes: A scoping review. *EClinicalMedicine*, 40, 101118. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101118>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., & Mincarone, P. (2021). Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. *Frontiers in Public Health*, 9, 750529. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.750529>
- López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1032-1041. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>
- Lu, Q., Wang, B., Zhang, R., Wang, J., Sun, F., & Zou, G. (2022). Relationship Between Emotional Intelligence, Self-Acceptance, and Positive Coping Styles Among Chinese Psychiatric Nurses in Shandong. *Frontiers in Psychology*, 13, 837917. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.837917>
- MacCann, C., Jiang, Y., Brown, L. E. R., Double, K. S., Bucich, M., & Minbashian, A. (2020). Emotional intelligence predicts academic performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(2), 150–186. <https://doi.org/10.1037/bul0000219>

- Markiewicz, K. (2019). Burnout as a mediator of the interrelations between emotional intelligence and stress coping strategies in nurses. *Acta Neuropsychologica*, 17(3), 233-244. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.4531>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Manual (2nd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. (1996) *Maslach Burnout Inventory*. Manual, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matsuishi, Y., Mathis, B. J., Masuzawa, Y., Okubo, N., Shimojo, N., Hoshino, H., Enomoto, Y., & Inoue, Y. (2021). Severity and prevalence of burnout syndrome in paediatric intensive care nurses: A systematic review. *Intensive & critical care nursing*, 67, 103082. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103082>
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?" En P. Salovey y D. Sluyter (Eds), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Molero Jurado, M. del M., Pérez-Fuentes, M. del C., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Simón Márquez, M. del M., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Emotional intelligence as a mediator in the relationship between academic performance and burnout in high school students. *PLoS ONE*, 16(6), e0253552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253552>
- Moreno-Fernandez, J., Ochoa, J. J., Lopez-Aliaga, I., Alferez, M. J. M., Gomez-Guzman, M., Lopez-Ortega, S., & Diaz-Castro, J. (2020). Lockdown, Emotional Intelligence, Academic Engagement and Burnout in Pharmacy Students during the Quarantine. *Pharmacy: Journal of Pharmacy Education and Practice*, 8(4), 194. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8040194>
- Olson, K., Sinsky, C., Rinne, S. T., Long, T., Vender, R., Mukherjee, S., Bennick, M., & Linzer, M. (2019). Cross-sectional survey of workplace stressors associated with physician burnout measured by the Mini-Z and the Maslach Burnout Inventory. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 35(2), 157-175. <https://doi.org/10.1002/smi.2849>
- Persich, M. R., Smith, R., Cloonan, S. A., Woods-Lubbert, R., Strong, M., & Killgore, W. D. S. (2021). Emotional intelligence training as a protective factor for mental health during the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*, 38(10), 1018–1025. <https://doi.org/10.1002/da.23202>
- Ramírez, M. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal*

- of Developmental and Educational Psychology INFAD, 4(1) 1503. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1053>
- Ran, Z., Gul, A., Akbar, A., Haider, S. A., Zeeshan, A., & Akbar, M. (2021). Role of Gender-Based Emotional Intelligence in Corporate Financial Decision-Making. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 2231–2244. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S335022>
- Rivas-García, A., Míguez-Navarro, M. C., Ferrero-García-Loygorri, C., Marañón, R., & Vázquez-López, P. (2022). Síndrome de burnout en pediatras con actividad asistencial en urgencias. Prevalencia y factores asociados. Análisis multinivel. *Anales de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.010>
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Sergi, M. R., Picconi, L., Tommasi, M., Saggino, A., Ebisch, S. J. H., & Spoto, A. (2021). The Role of Gender in the Association Among the Emotional Intelligence, Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychology*, 12, 747702. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747702>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P, Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey In C. Maslach, S. E. Jackson & M.P Leiter (EDS.), *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-RomÁ, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P.(2002). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. IN: M. J. Schabracq, J. A.M. Winnubst, & C. L. Cooper, (eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 383–425). <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998) *The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schoeps, K., Tamarit, A., Peris-Hernández, M., & Montoya-Castilla, I. (2021). Impact of emotional intelligence on burnout among Spanish teachers: A mediation study. *Psicología Educativa*, 27(2), 135-143. <https://doi.org/10.5093/psed2021a10>

- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
- Shaikh, A. A., Shaikh, A., Kumar, R., & Tahir, A. (2019). Assessment of Burnout and its Factors Among Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory. *Cureus*, 11(2), e4101. <https://doi.org/10.7759/cureus.4101>
- Sharaf, A. M., Abdulla, I. H., Alnatheer, A. M., Alahmari, A. N., Alwhibi, O. A., Alabduljabbar, Z., Alhamzah, H., & Alkholaiwi, F. M. (2022). Emotional Intelligence and Burnout Among Otorhinolaryngology–Head and Neck Surgery Residents. *Frontiers in Public Health*, 10, 851408. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.851408>
- Schmid, B., Schulz, S. M., Schuler, M., Göpfert, D., Hein, G., Heuschmann, P., Wurmb, T., Pauli, P., Meybohm, P., & Rittner, H. L. (2021). Impaired psychological well-being of healthcare workers in a German department of anesthesiology is independent of immediate SARS-CoV-2 exposure – a longitudinal observational study // Die beeinträchtigte psychische Gesundheit von medizinischem Personal in einer deutschen anästhesiologischen Klinik ist unabhängig von unmittelbarer SARS-CoV-2-Exposition – eine Längsschnitt-Beobachtungsstudie., 19, 1-12. <https://doi.org/10.3205/000298>
- Shaikh, A. A., Shaikh, A., Kumar, R., & Tahir, A. (2019). Assessment of Burnout and its Factors Among Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory. *Cureus*, 11(2), e4101. <https://doi.org/10.7759/cureus.4101>
- Shields, L. B. E., Jennings, J. T., & Honaker, J. T. (2020). Multidisciplinary approach to enhancing provider well-being in a metropolitan medical group in the United States. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01323-6>
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M. del C., & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7998. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217998>
- Spinelli, W. M., Fernstrom, K. M., Galos, D. L., & Britt, H. R. (2016). Extending Our Understanding of Burnout and Its Associated Factors: Providers and Staff in Primary Care Clinics. *Evaluation & the Health Professions*, 39(3), 282-298. <https://doi.org/10.1177/0163278716637900>
- Sun, H., Wang, S., Wang, W., Han, G., Liu, Z., Wu, Q., & Pang, X. (2021). Correlation between emotional intelligence and negative emotions of front-line nurses during

- the covid-19 epidemic: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15548>
- Teo Beng Chin, J., Shamsudin, S. B., & Bakri, N. b. (2019). Occupational Burnout and Its Influencing Factors among Primary Health Care Providers under Tuaran Area Health Office. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 15 (6), 28-28.
- Teo, Y. H., Xu, J. T. K., Ho, C., Leong, J. M., Tan, B. K. J., Tan, E. K. H., Goh, W.-A., Neo, E., Chua, J. Y. J., Ng, S. J. Y., Cheong, J. J. Y., Hwang, J. Y.-F., Lim, S. M., Soo, T., Sng, J. G. K., & Yi, S. (2021). Factors associated with self-reported burnout level in allied healthcare professionals in a tertiary hospital in Singapore Burnout symptoms were found in 27.3%. *PLoS ONE*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244338>
- Treat, R., Hueston, W. J., Fritz, J., Prunuske, A., & Hanke, C. J. (2021). Medical Student Burnout as Impacted by Trait Emotional Intelligence—Moderated by Three-Year and Four-Year Medical Degree Programs and Gender. *WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 120(3), 188–194.
- Ubago-Jiménez, J. L., Cepero-González, M., Martínez-Martínez, A., & Chacón-Borrego, F. (2021). Linking Emotional Intelligence, Physical Activity and Aggression among Undergraduates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12477. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312477>
- Wilf-Miron, R., Kittany, R., Saban, M., Kagan, I., & Saban, M. (2022). Teachers' characteristics predict students' guidance for healthy lifestyle: A cross-sectional study in Arab-speaking schools. *BMC Public Health*, 22, 1420. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13795-5>
- Xie, C., Li, X., Zeng, Y., & Hu, X. (2021). Mindfulness, emotional intelligence and occupational burnout in intensive care nurses: A mediating effect model. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 535-542. <https://doi.org/10.1111/jonm.13193>

Recibido: 15 de noviembre de 2022

Aceptado: 26 de diciembre de 2022