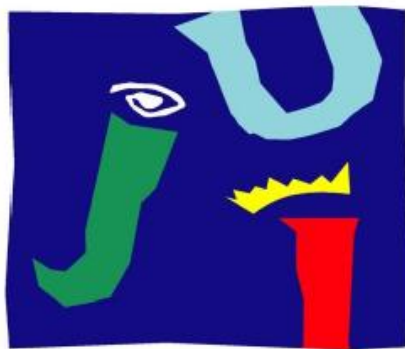

INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA DIRECCIÓN DE EQUIPOS DEL SECTOR SANITARIO

Sheila Catalán Mesa

20492792-E



**UNIVERSITAT
JAUME • I**

Grado en Psicología

Junio 2016

Tutor: Edgar Bresó

Índice

Introducción	7
Metodología	13
Muestra.....	13
Instrumentos	13
Procedimiento	15
Análisis estadísticos	15
Resultados	16
Discusión.....	18
Conclusión.....	20
Bibliografía	21
Anexos.....	25

Resumen

El presente estudio surgió del interés en conocer la interacción existente entre la Inteligencia Emocional de los líderes y el nivel de competencia auto-percibida de los componentes del grupo, y como se relaciona con el nivel de calidad en el servicio ofrecido, valorado por los pacientes dentro del sector sanitario. La muestra está compuesta por un total de 134 profesionales de ambos sexos, divididos en 7 grupos de distintos hospitales de la Comunidad Valenciana y un total de 164 pacientes de ambos sexos.

La agrupación de los profesionales, se mantuvo igual a la preestablecida dentro del hospital, haciendo únicamente distinción entre los dirigentes de cada grupo del resto de componentes. Se evaluó la inteligencia emocional de los líderes con el test (TMSS-24) como indicador del rendimiento de los grupos. Por otro lado, se administró a los diferentes equipos la escala de Eficacia Profesional de la prueba (MBI-GS) que analiza el *burnout*, para conocer el nivel de competencia auto-percibida. Con respecto a los pacientes se les aplicó, para conocer la calidad percibida, una batería de 4 escalas que evaluaban la empatía, la lealtad, la conducta extra-rol y la satisfacción a través del cuestionario (SERVQUAL).

A partir de los resultados y el análisis correlacional realizado mediante la prueba estadística r de Pearson y la prueba t de Student, se observaron varias correlaciones estadísticamente significativas y positivas como el rendimiento de los grupos con la Inteligencia Emocional de los líderes, con el nivel de competencia auto-percibida del personal y el nivel de calidad percibido por los pacientes con el rendimiento del equipo.

Como conclusión podemos afirmar que los líderes más inteligentes emocionalmente, consiguen un mayor rendimiento del grupo al mantener un entorno con mayores niveles de bienestar; dando lugar a una percepción positiva de auto-competencia que se puede observar en la satisfacción de los pacientes en cuanto a la calidad del servicio.

Palabras clave: Inteligencia Emocional, liderazgo, competencia percibida y calidad de servicio.

Abstract

This study arises from the interest in knowing the existing interaction between leader's Emotional Intelligence and the level of self-reported competence of the composers of the group, and how is linked with the level of quality in the offered service, evaluated by the patients of the healthcare sector. The total sample was composed by an amount of 134 professionals of both genders, divided in 7 groups of a variety of hospitals in the Valencian Community, and 164 patients of both genders.

The cluster of professionals remains the same as the previous set in the hospital, distinguish only the leaders of the rest. Leader's emotional intelligence was evaluated with the (TMSS-24) test as an indicator of the group performance. Besides, each team was provided with the scale of Professional Efficiency of the (MBI-GS) test, which analysed the burnout in order to know the level of self-reported competence. With regard to the patients, in order to determine the perceived quality, a quality battery of 4 scales which rated empathy, loyalty, extra-role behaviour and satisfaction through the (SERVQUAL) was applied.

From the results and the correlational analysis made with the statistics r test of Person and the T the Student, it could have been observed several correlations statistically significant and positive, such as the performance of groups and the leader's emotional intelligence with the level of self-reported competence and the level of quality perceived by the patients with the group performance.

In conclusion, it is clear that leaders that are more emotionally intelligent, achieve major performance because of the better environment and the high welfare levels; hence the positive perception of self-performance that can be observed in the satisfaction of the patients of the quality service.

Key words: Emotional Intelligence, leadership, self-reported competence and quality service.

Extended Summary

It was in 1990, that Salovey and Mayer consolidated the concept of Emotional Intelligence. Its origin arose from the need to represent a social intelligence that encompasses the ability to control our own emotions and those of others, as well as the ability to differentiate them and to use the information they provide us to guide our thinking and actions.

However, it was Goleman who had the merit of spreading the concept in 1995 through his work aimed at the business world, which introduces the study of EI, its scope and benefits (Goleman, 2000).

At the organizational level, this issue has also brought significant changes. The importance of emotions in the working life of the individual has been recognised, since research has shown that Emotional Intelligence is a factor influencing organizational effectiveness, leadership, career development and group work (Fisher & Asquenasy, 2000; Scott, 1998).

Recent studies in this field have made it clear that our leaders are among the professionals who require the greatest degree of Emotional Intelligence (Enebral, 2003).

Additionally, the emotional capacity of individuals is gaining greater credence in decision-making, negotiation, problem solving, adapting to changes, building organizations and industrial relations (Ashforth & Humphrey, 1995).

Mayer and Salovey (1997) argue that workers with high Emotional Intelligence are successful in projects involving complex decisions. In the ability model's applications in the workplace, Mayer et al. (2000a) it is maintained that technical and emotional skills are required to lead and manage people. Emotional skills are based mainly on the ability to lead people and therefore to generate effective group work (Rice, 1999; Janovics & Christiansen, 2001).

In this line of research, many authors have worked in hospital settings and have noted the importance of Emotional Intelligence in health professionals. For example, Limonero, Tomas-Sábado, Fernandez-Castro and Gomez-Benito (2004) conducted a study on stress and perceived Emotional Intelligence in healthcare professionals, and found that those subjects with high scores on Emotional Intelligence showed low levels of stress, so they were more satisfied with their work and consequently worked better with patients, they were more sensitive in meeting their demands and needs, and patients felt a higher degree of confidence in the work of these professionals.

The aim of our project is based on two hypotheses, the first hypothesis refers to how a high level of Emotional Intelligence among the leaders of groups in the health sector, is correlated

positively and significantly with higher performance, showing high levels of self-perceived competence by group members.

And the second refers to how those groups led by individuals with high Emotional Intelligence are valued more positively by patients regarding the quality of service they offer.

Our research was conducted in different hospitals in Valencia, using a sample of a total of 134 professionals, with 78.4% men and 21.6% women. The average age was 39.5. 7 groups were formed according to their hospital work units and a leader was singled out for each group giving a total of 8 leaders. One of the groups had two leaders. The group of patients consisted of a total of 164 subjects.

An "Emotional Work as a Health Resort" training course for data collection was held where a number of instruments were administered to measure the variables of interest.

For the evaluation of the independent variable: Emotional Intelligence of the leaders, a reduced version of the self-report scale called Mayer and Salovey's Trait Meta Mood Scale-24 (TMSS-24) was used, adapted to Spanish by Fernández-Berrocal, Extremera and Ramos (2003) distributed in 24 items in Likert format. This test consists of different subscales that assess attention to feelings, emotional clarity and mood regulation.

To analyse the level of self-perceived competence in the work of all the health workers, we administered the MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey), specifically the scale of Personal Effectiveness, which covered 15 characteristics.

To evaluate the perceived quality of patients a battery of 3 scales evaluating empathy, loyalty and out-of-role behaviour taken from the SERVQUAL (Empathy Scale questionnaire) by Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988) was administered, as well as a satisfaction scale developed by the team of psychologists.

To perform statistical analysis of the study variables, SPSS was used to calculate bivariate Pearson correlations between the Emotional Intelligence variable and the other variables of interest.

Furthermore, a comparison of mean scores of the SERVQUAL questionnaire was performed. For this, a Student t test for independent samples was performed.

From the extracted data, the statistical tests showed that there was indeed a positive and strongly significant correlation between Emotional Intelligence and self-perceived competence, understood as professional effectiveness. We can thus say that those groups that were led by

people with high Emotional Intelligence obtained higher levels of self-perceived competence by group members.

Regarding the results of our second analysis, in terms of the relationship between Emotional Intelligence and customer satisfaction, we observe several closely significant positive correlations between Emotional Intelligence and satisfaction ratings, empathy and out-of-role behaviour. Assuming that patients are cared for by people with high Emotional Intelligence showing greater ability to manage Empathy, Out-of-role behaviour and Satisfaction show a greater satisfaction with the service received.

Therefore, we believe that it would be a great advance if such initiatives were promoted to raise awareness in all types of workers of the importance of the good management of emotions and how it influences the leader's positive attitude toward better group performance, greater benefits, and, at the same time, general well-being.

Introducción

Se ha demostrado que las emociones juegan un papel esencial en nuestras vidas, puesto que las emociones nos permiten establecer y mantener las relaciones interpersonales, en los distintos ámbitos en los que nos desenvolvemos diariamente. La capacidad de identificar dichos procesos, así como gestionarlos se etiqueta como “Inteligencia emocional”.

Respecto a sus orígenes, (Thorndike, 1920) se considera el primero que se aproximó con el concepto de Inteligencia Social, a la Inteligencia Emocional tal como la conocemos hoy, lo planteo como “*la capacidad de entender y relacionarse con eficacia con los demás individuos*”. (Gardner, 1983) retomó este planteamiento, con su teoría de Inteligencias Múltiples, distinguiendo dos capacidades de reconocer las emociones, una capacidad interpersonal y otra intrapersonal, al existir diferencias entre la discriminación de las emociones de los demás y las propias del individuo.

Pero fue con (Salovey & Mayer, 1990) donde se define oficialmente la Inteligencia Emocional como la habilidad de percibir, valorar y expresar emociones con precisión; la habilidad de acceder y generar sentimientos para facilitar el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y conocimiento emocional; la habilidad para regular emociones que promuevan el crecimiento intelectual y emocional.

Por otro lado, en 1995 Daniel Goleman impulsó el concepto con su libro Inteligencia Emocional y años más tarde, donde relaciono el papel de la inteligencia emocional en el ámbito laboral ‘*La inteligencia emocional es dos veces más importante que las destrezas técnicas o el coeficiente intelectual para determinar el desempeño de la alta gerencia*’. (Goleman, 1998).

Del mismo modo, definió Competencia Emocional como “*una capacidad aprendida basada en Inteligencia Emocional que tiene como resultado un rendimiento sobresaliente en el trabajo*” (Goleman, 1998). Sin embargo, conocer la capacidad de gestionar las relaciones, no garantiza que tengamos el dominio. Las competencias emocionales son habilidades que pueden, se deben aprender y mejorar.

No obstante, (David McClelland, 1975) fue el primero que propuso el concepto de competencia para marcar la diferencia a los trabajadores que destacaban de los normales, demostró que este colectivo se distinguía del resto por poseer una mayor variedad de competencias en Inteligencia Emocional.

Además de otros autores, (Cooper & Sawaf, 1998): “*es la capacidad de sentir, entender y aplicar eficazmente el poder y la agudeza de las emociones como fuente de energía humana, información, conexión e influencia*”.

La Inteligencia Emocional se considera un importante predictor del éxito laboral (O'Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A., 2011). Puede contribuir al rendimiento, en la realización de tareas en grupo, (Offermann, Bailey, Vasilopoulos, Seal, & Sass, 2004) encontraron que la Inteligencia Emocional predice mejor el rendimiento en proyectos de trabajo en equipo y en las calificaciones en liderazgo que medir la capacidad cognitiva como predictora del rendimiento.

Liderazgo, Bienestar e Inteligencia Emocional

La relación positiva entre la inteligencia emocional y el liderazgo ha sido revisada ya por múltiples autores (Ashkanasy & Tse, 2000; George, 2000), los cuales mantienen que líderes con alto desarrollo en Inteligencia Emocional, son mejores en el manejo de las emociones de sus empleados, haciendo que estos se desarrollen de manera eficiente en la consecución de los objetivos de la organización y obtengan un mayor nivel de satisfacción por el trabajo que realizan.

Un estudio de Gallup Organization sobre 2 millones de empleados en más de un centenar de empresas reveló que el tiempo que permanece un empleado en una empresa y su productividad estarán determinados por la relación con su supervisor inmediato (Zipkin, 2000).

George (2000) considera que el estado de ánimo del directivo puede influir tanto positiva como negativamente en el funcionamiento del grupo, al percibir que cuando el líder mostraba un estado de ánimo positivo, los empleados son más propensos en atribuir esa conducta como honesta y bien intencionada, mientras que ante comportamientos de estado de ánimo negativo lo asociaban a una conducta egoísta y manipuladora. Por tanto, aquellos directivos con mayor desarrollo en Inteligencia Emocional también tendrán la capacidad de resiliencia, teniendo un comportamiento ejemplar, independientemente de los problemas de su vida personal.

De la misma forma, estudios demuestran que las causas más frecuentes que contribuyen a la aparición del estrés en el ámbito laboral, son los conflictos que aparecen entre trabajadores, los problemas de comunicación y la falta de asertividad. (Druskat & Wolf, 2001) mantienen que los equipos emocionalmente más fuertes muestran una mayor cooperación, compromiso y como resultado mayor eficacia organizativa.

En la mayoría de ocasiones la pérdida del sentimiento de grupal se manifiesta con síntomas de estrés, dando lugar al conocido *burnout* “síndrome del quemado” o “síndrome de quemarse por el trabajo” (SQT) propuesto por (Gil- Monte, 1997). Un síndrome clínico que se reconoce por primera vez en (1974) por Herbert Freudenberger, como la sensación de fatiga y frustración producida por la dedicación a una causa.

Posteriormente se realizaron estudios como el obtenido por (Christina Maslach & Col. 1976) con una muestra de 200 profesionales de distintos ámbitos laborales, donde se apreció la interferencia que ocasiona en el trabajo, reflejándose en la obtención de peores resultados. Fue a partir de aquí cuando el *burnout* se convirtió en un importante foco para los estudios.

Christina Maslach y Susan E. Jackson (1981) lo definieron como “*un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*”. Además, estas autoras describen las tres dimensiones del *burnout*:

- Agotamiento emocional: sensación de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga.
- Despersonalización o deshumanización: desarrollo de actitudes negativas hacia otras personas, irritabilidad y apatía.
- Falta de realización personal: actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés.

El personal sanitario es uno de los colectivos profesionales con mayor índice de estrés y, en consecuencia, con mayores niveles de *burnout* (Mingote, 1997; Ramos, 1999). En parte se debe a la sobrecarga laboral que existe en algunas profesiones de este sector. Esta sobrecarga se relaciona con la dimensión de cansancio emocional del *burnout*, producida por una mala organización o falta de coordinación de los miembros. Otro aspecto que se debe considerar es que se enfrentan continuamente a estresores específicos que suponen una alta implicación emocional, al tratar directamente con los pacientes y familiares

Además, se ha observado una correlación entre las tres dimensiones del síndrome de *burnout* con los estilos que adoptan los líderes y la repercusión que provoca en los empleados para la aparición de este síndrome.

Por ello, para conseguir un bienestar en la organización y disminuir el *burnout* se encuentra la ampliación en medidas para mejorar la calidad de vida de los empleados y aumentar la eficiencia del trabajo. Tal como señalan un gran número de estudios (Wright & Cropanzano, 2000; Wright *et al.*, 2002; Mañas *et al.*, 2007), la percepción positiva percibida del colectivo dará lugar a mayor motivación y compromiso por parte de toda la organización, una mayor satisfacción laboral, una incrementación en la productividad y disminución de los riesgos psicosociales y nocivos de los efectos del estrés.

Haciendo referencia a lo anterior, el liderazgo juega un papel importante en el bienestar a la hora de estimular y mantener un clima favorable en las organizaciones, (Schneider, Ehrhart,

Mayer, Saltz & Niles-Jolly, 2005) puesto que el clima resulta un punto estratégico en las organizaciones, en particular en las organizaciones que ofrecen un servicio al público, puesto que las unidades de trabajo que son capaces de generar percepciones en común generan mejores resultados en la calidad del servicio.

Los jefes con mayor habilidad para darse cuenta de cómo se sienten sus empleados en la situación laboral y ser capaces de intervenir con eficacia en el momento clave, son aquellos que muestran un mayor dominio en competencias relacionadas con la Inteligencia Emocional, motivando a los empleados y consiguiendo un entusiasmo que se refleje en el rendimiento de las personas al mostrar que son capaces de desempeñar las tareas.

Un estudio de este campo (Moliner, Martínez-Tur, Peiró, Ramos & Cropanzano, 2005) realizado en 108 grupos de trabajo, mostró la influencia del líder en la relación entre el clima y el *burnout* que experimentaban los usuarios. Cuando los miembros del grupo recibían un buen trato por el responsable en dirigirlos, el *burnout* del grupo se reducía considerablemente. Otra anotación fue el efecto modulador que ejerce el grado de acuerdo del grupo y el *burnout* colectivo, se encontró que cuando existía un consenso acerca de lo que se esperaba por parte del supervisor, se reducía el *burnout* del grupo. Además, se observó que cuando más estrecha fuera la relación del grupo más similar era el nivel de *burnout* experimentado.

Calidad de Servicio

Desde los inicios en la investigación de la calidad de servicio, se originó el debate entre si la calidad del servicio era un antecedente o un consecuente de la satisfacción, algunos autores postulan que la satisfacción era lo que provocaba la percepción en la calidad del servicio (Bolton & Drew, 1991). Mientras que otros (Bloemer & de Ruyter, 1995; Cronin & Taylor, 1992) valoraban la calidad de servicio como el reflejo del nivel de satisfacción del cliente, finalmente se consideró que la satisfacción viene determinada, tanto por la calidad de servicio percibida, como la satisfacción en la percepción de la calidad de servicio.

La evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes es el componente principal en la gestión de calidad del sector sanitario. Las propuestas de mejora, el análisis en profundidad de la eficiencia en el trabajo y garantizar seguridad son algunas de las razones por las que el sector sanitario necesita analizar la satisfacción de los pacientes. Esta satisfacción se entiende como un componente que refleja la habilidad de los profesionales en gestionar de manera eficiente su trabajo.

A pesar de la dificultad a la hora de medir el concepto de satisfacción es un término habitualmente empleado (Crow et al., 2002). La valoración de la satisfacción por el paciente

también ofrece la posibilidad de evaluar el proceso de prevención, permitiendo identificar los puntos débiles existentes en la organización y posibilitar medidas de mejora.

Respecto a las expectativas o dimensiones clave que utilizan para evaluar la calidad de servicio, investigaciones como las realizadas por (Valaire A. Zeithmal, A. Parasuraman & Leonard L. Berry, 1985) dieron lugar a la identificación de 10 dimensiones que utilizan los clientes para evaluar la calidad de servicio:

- **Fiabilidad:** entendida como el nivel de consistencia en la confiabilidad de prestar sus servicios.
- **Capacidad de respuesta:** ofrecer el mejor servicio posible y conceder a los clientes la más amplia información respecto a la forma en cómo se van a realizar.
- **Profesionalidad:** afrontar con decisión y voluntad los problemas que puedan surgir, resolver de la mejor manera las situaciones imprevistas.
- **Accesibilidad:** ofrecer facilidades a la hora de ser localizables, que existan buenos medios de comunicación.
- **Cortesía:** que los clientes reciban un trato cortés de todos los miembros que componen la organización.
- **Comunicación:** ser claro y conciso, adaptar el lenguaje al de los destinatarios, transmitir seguridad.
- **Credibilidad:** hace referencia a la reputación e imagen, la sinceridad y equidad de las soluciones ante las adversidades.
- **Seguridad:** preocuparse por la seguridad, tanto de la organización como de las instalaciones.
- **Comprensión y conocimiento de los clientes:** recopilar la máxima información de los destinatarios.
- **Elementos tangibles** apariencia de las instalaciones y buena apariencia del personal.

Las organizaciones con un correcto funcionamiento capaz de cubrir esta serie de dimensiones, alcanzan una serie de beneficios como un alto nivel de desempeño reflejado en la satisfacción de los clientes y la oportunidad de mejorar gracias a las opiniones de los clientes, que sientan la seguridad de aportar sugerencias.

Desde las organizaciones del sector sanitario, resulta difícil en muchas ocasiones cubrir todas las dimensiones, y esto da lugar a que los clientes no obtengan un nivel satisfactorio en la calidad del servicio. Los estudios de calidad en el sector de sanidad se han basado en la medición de tres partes básicas: la estructura, el proceso y los resultados, considerando también la accesibilidad, eficiencia y calidad técnica para analizar las diferencias entre las expectativas

de los pacientes y el personal sanitario (Niedz, 1998; Neto, 2000). El análisis de estas variables se ha llevado a cabo a partir del grado de satisfacción de los usuarios, obteniendo una diversidad de estudios factoriales con una importante base estadística (Crow, 2002).

En cuanto a las estrategias que se pueden adoptar en el servicio, (Sánchez, 2011) explican que la base de toda estrategia implica tener en cuenta tres conceptos clave:

- Qué tipo de servicio dar: identificar las necesidades y demandas del cliente, para poder cumplir sus expectativas.
- Cuando ofrecer el servicio: conocer el momento idóneo en el que actuar, para obtener los mejores resultados y prevenir posibles problemas.
- Como prestar el servicio: adaptar el servicio en base de las necesidades e intereses de los destinatarios, ofrecer un trato exclusivo.

El sector sanitario en particular suele encontrar mayor complejidad a la hora de aplicar dichas estrategias, debido a que el servicio prestado está directamente relacionado con su estado emocional, la variedad de servicios que ofrecen y técnicas utilizadas respecto al contexto en el que se desenvuelven los profesionales. Esto provoca en determinadas ocasiones que el cliente se muestre mucho más intolerante frente a la calidad percibida. Por lo tanto, es necesario que las organizaciones hospitalarias instauren programas de calidad con el fin de mejorar su gestión y establecer sistemas de aplicación y técnicas de calidad total (Neto, 2000). Niedz (1998) afirma que un servicio de salud bien desarrollado necesita que todo el personal se centre en la participación y bienestar del paciente, evitando al máximo los riesgos y difundiendo una política fundamentada en la seguridad.

Los pacientes deben sentirse como parte integrante de la organización, sentir que los servicios que se ofrecen en su centro están coordinados, sean eficientes y seguros.

Hipótesis

En función de lo expresado, el objeto de la investigación se centrará en la influencia de la Inteligencia Emocional en el liderazgo de los grupos del sector sanitario, partiendo de la hipótesis de que los altos niveles de Inteligencia Emocional se relacionan positiva y significativamente con elevados niveles de competencia auto-percibida (H1). Por ello, se espera que aquellos equipos altamente competentes obtengan una valoración más positiva respecto a la calidad de servicio que ofrecen, tanto con respecto a su propia auto-percepción como la percepción de los pacientes. Considerando la satisfacción de los pacientes como indicador de la calidad de servicio, asumiendo que aquellos grupos liderados por sujetos con mayor Inteligencia Emocional corresponderán con los pacientes más satisfechos (H2).

Metodología

Muestra

Los participantes no fueron seleccionados aleatoriamente, si no que se trata de trabajadores/as que voluntariamente participaron en un curso de formación sobre “Trabajo Emocional como Recurso Sanitario” que se ofertó en cada uno de los centros a todos los empleados del hospital.

En un principio se inscribieron un total de 208 personas, finalmente descartamos a 74 personas porque solamente interesaban aquellos que se presentaron y conformaban ya grupos preestablecidos, obtuvimos finalmente una muestra de 134 personas, se destacó la figura del líder de cada grupo obteniendo un total de 8 líderes, en un grupo dos personas tenían la función de subordinados.

De la muestra final un 78,4% eran hombres y un 21,6% eran mujeres, la media de edad fue de 39,5 años y en cuanto a la muestra de pacientes, estaba formada por un total de 162, con una media de edad de 33 años y una desviación típica de 12,34.

Instrumentos

A fin de tener de los resultados se administraron una serie de instrumentos con la finalidad de medir las distintas variables de nuestra investigación:

- ✦ Para la evaluación de la variable independiente Inteligencia Emocional de los líderes se utilizó la escala de auto-informe denominada *Trait Meta Mood Scale-24* (TMSS-24) de Mayer y Salovey, en la versión reducida y adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2003).

Esta escala evalúa los niveles de inteligencia emocional intrapersonal mediante tres factores:

- Atención a los sentimientos, entendida como la capacidad en discriminar y prestar atención a sus emociones y las de sus iguales, la fiabilidad que obtenemos de este componente es de un 0,872.
- Claridad emocional o habilidad de los individuos en la comprensión adecuada de sus sentimientos y de los demás, la fiabilidad analizada de este componente es de 0,901.
- Regulación del ánimo, definida como la capacidad del sujeto en manipular y reparar las emociones, la fiabilidad de este componente es de 0,0867.

La fiabilidad total de la prueba es de 0,927, está distribuida en 24 ítems en formato Likert, donde las puntuaciones están comprendidas en un rango de 1 a 5 donde 1 representa el “nada de acuerdo” y 5 el “totalmente de acuerdo”.

- ✧ Para el análisis del nivel de competencia auto-percibida en el trabajo de todo el personal sanitario, administramos el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey), específicamente la escala de Eficacia Personal.

MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli et al. 1996) es una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, la escala de interés es la denominada Eficacia Personal (15 ítems). Obtenemos una fiabilidad en esta escala de 0,73.

La escala de Eficacia Personal está relacionada con las expectativas que se tienen en relación con la profesión desempeñada, se observa a través de las creencias que tiene el sujeto sobre su propia capacidad a la hora de trabajar, su contribución eficaz en la organización laboral y el valor final que la persona obtiene, en si sus esfuerzos han dado lugar a resultados o si se ha sentido realizado profesionalmente.

- ✧ Finalmente se utilizó para evaluar la calidad percibida de los pacientes y familiares una batería de 3 escalas que evaluaba la empatía, la lealtad y la conducta extra-rol tomadas del cuestionario (*SERVQUAL Empathy Scale*) Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988), así como una escala de satisfacción elaborada por el equipo de psicólogos.

Principalmente el modelo (*SERVQUAL*) está basado en el análisis de las expectativas y las percepciones de los usuarios en los servicios de salud y se centra en los siguientes factores: la confiabilidad, la sensibilidad, la intangibilidad, la garantía y la empatía.

Estos factores dan lugar a la diferenciación de dos dimensiones: la primera, referida al carácter funcional o instrumental, se entiende como la capacidad de respuesta de los empleados, mientras que la segunda, de un origen más relacional o emocional, se caracteriza por los aspectos socioemocionales que surgen en la interacción entre empleados y usuarios.

Nuestra investigación se centró en la última dimensión, que es la calidad relacional, para conocer la calidad percibida por los pacientes. La escala contenía 9 ítems divididos en:

- Lealtad: entendida como la lealtad del profesional hacia el cliente.
- Empatía: capacidad del profesional para ponerse en el lugar del paciente.
- Extras: las conductas extra-rol, aquellas excepciones en el comportamiento que realiza el profesional para el beneficio del paciente.

Además de utilizar estas variables, se añadió una sección para evaluar la satisfacción del cliente respecto a una serie de cuestiones como la satisfacción percibida en el resultado del servicio, con las instalaciones o con el trato recibido por el personal.

La ponderación de los ítems era formato Likert, cuyo rango varía de 1 a 7 en el cual 1 significa “totalmente desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”.

Procedimiento

A través del curso de formación “Trabajo Emocional como Recurso Sanitario” ofertado en los distintos hospitales de la Comunidad Valenciana, se extrajo la muestra para nuestra investigación y durante el curso administramos una serie de instrumentos.

El curso estaba dividido en dos bloques, primero asistieron al taller de Inteligencia emocional y al finalizarlo realizaron la prueba (TMSS-24) para valorar la variable de Inteligencia Emocional, se suministró en formato de papel y lápiz.

El segundo bloque se relacionaba con los temas de competencia auto-percibida. Para poder analizar dicha competencia utilizamos la prueba (MBI-GS) que contiene una escala de Eficacia Profesional, considerando que es una variable que puede recoger las características que nos interesan para valorar la competencia auto-percibida, únicamente suministramos esta escala en formato de papel y lápiz.

Al finalizar el curso, de forma aleatoria seleccionamos un total de 162 pacientes de nuestros grupos de investigación, y les entregamos el cuestionario adaptado (*SERVQUAL*) junto a la escala de satisfacción, para que valorasen la calidad de servicio recibido.

Análisis estadísticos

Para realizar los análisis estadísticos de las variables de estudio se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics 20.0. Así pues se han calculado las correlaciones bivariadas de Pearson entre la variable Inteligencia Emocional y las demás variables de interés.

Se realizó una comparación de medias de las puntuaciones del cuestionario *SERVQUAL*, para ello se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, donde asignamos dos grupos diferenciando los líderes con alta Inteligencia Emocional del resto. De la misma forma realizamos la agrupación de los pacientes, diferenciando los que estaban bajo el cuidado de los grupos con un líder con alta Inteligencia Emocional, de los otros grupos. La ponderación fue a partir los resultados de la prueba *TMMS-24*, el método de corrección es el sumatorio de las tres escalas Claridad, Atención y Regulación.

La media obtenida fue de 70,75 y la desviación estándar 11,003, de esta manera asignamos que a partir de la puntuación 81,75 los líderes pertenecían al grupo con una alta Inteligencia Emocional.

En la prueba t de Student, se consideró el estadístico t con su nivel de significación bilateral, como criterio para determinar la significación se fijó un intervalo de confianza del 95% por lo que aquellas correlaciones que se encuentren por debajo de 0,05 fueron consideradas significativas ($p < 0,05$).

De cara a asegurar que las evaluaciones de los clientes eran verdaderamente representativas en las características del servicio recibido, se calcularon los Coeficientes de Correlación Intraclase (ICC), el cual valora la concordancia de las medias de los grupos, al considerarse el más apropiado para cuantificar la concurrencia entre diferentes mediciones de una variable numérica. Se basa en un modelo de análisis de la varianza (Anova) con medidas repetidas, en el cual se obtienen valores aceptables entre (0-0,5) y bastante aceptables los que superan (0,70).

Resultados

Análisis preliminares

En primer lugar, se realizó un análisis de fiabilidad para cada una de las pruebas que componen el TMSS-24, donde el coeficiente de alfa de Cronbach para los tres subfactores fue superior a un $\alpha = 0,85$. En concreto, α Atención = 0,872, α Claridad = 0,901 y α Regulación = 0,867. La prueba TMMS-24 muestra una fuerte validez y fiabilidad adecuada para evaluar la IE, obteniendo un total $\alpha = 0,927$.

Respecto a la escala de Eficacia Profesional de la prueba MBI-GS, tras el análisis de fiabilidad obtuvimos un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,73$.

Realizamos el Coeficiente de Correlación de Intraclase, en cada grupo y obtuvimos resultado de puntuaciones aceptables en todos ellos.

Análisis de correlaciones

Para conocer las relaciones de todas las variables que fueron de interés para nuestra investigación, se ha realizado un análisis de correlaciones bivariadas, mediante el estadístico r de Pearson.

Tras el análisis por separado de las tres dimensiones de Inteligencia emocional, observamos en la (Tabla 1) que muestran una fuerte relación positiva y las tres dimensiones correlacionan significativamente con IE. Destacamos como la dimensión que más correlaciona Claridad con

($r = ,878$; $p = ,00$); siguiendo la dimensión de Regulación con ($r = ,849$; $p = ,00$) y finalmente con Atención ($r = ,752$; $p = ,00$).

Respecto a la variable Eficacia Profesional, podemos observar que existe una relación positiva y estadísticamente significativa con Inteligencia Emocional ($r = ,266$; $p = 0,02$).

Además destacamos la correlación positiva que tiene con su subescala Claridad mostrando ($r = ,288$; $p = ,001$), sin embargo no muestra una relación significativa con Reparación ($r = ,150$; $p = ,083$).

Tabla 1

Análisis de Correlaciones (n = 134)

	Atención	Claridad	Regulación	Eficacia Profesional
Claridad	,489***			
Regulación	,430***	,657***		
Eficacia Profesional	,219*	,288**	,150	
IE	,752***	,878***	,849***	,266**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A continuación (Tabla 2), se muestran los resultados obtenidos en cuanto a las medias de los pacientes en el cuestionario SERVQUAL, tras la similar diferenciación de los líderes, distinguiendo a los pacientes atendidos por grupos con una alta Inteligencia Emocional de los del resto. Realizamos la prueba t de Student y se comprobó que las diferencias entre grupos fueron significativas en todas las dimensiones, al obtener un nivel de significación ($p < 0,05$).

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas de los clientes y t de Student (n = 162)

	Alta IE (N=34)	Resto grupos (N=128)	t de Student
Satisfacción	3,74 (0,91)	2,97 (1,04)	3,927***
Empatía	3,69 (0,88)	2,21 (1,30)	7,852***
Lealtad	3,55 (0,71)	2,94 (1,37)	3,546**
Extra-Rol	3,67 (0,73)	2,58 (1,11)	6,843***

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Discusión

El objetivo de este trabajo era conocer la influencia que ejerce la Inteligencia Emocional en el liderazgo del sector sanitario, para ello hemos formulado las siguientes hipótesis:

-(H1) Un alto nivel de Inteligencia Emocional en el liderazgo de los grupos del sector sanitario, correlaciona positiva y significativamente con un mayor rendimiento, mostrando elevados niveles de competencia auto-percibida por parte de los miembros del grupo.

-(H2) Aquellos grupos liderados por sujetos con una alta Inteligencia Emocional obtendrán una valoración más positiva por parte de los pacientes en cuanto a la calidad del servicio que ofrecen.

Con respecto a la primera hipótesis podemos confirmar que existe una correlación positiva y significativa entre la Inteligencia Emocional de los líderes y la competencia auto-percibida de los sujetos. No obstante, a pesar de que ésta es significativa para el constructo Inteligencia Emocional, no lo es para el caso de una de las dimensiones o ramas que forman el mencionado constructo (Reparación) siendo la significación cercana al criterio ($\alpha = 0.08$).

Estos resultados apoyan estudios previos como por ejemplo, investigaciones que han concluido que poseer esta serie de habilidades facilita una mayor percepción de autoeficacia, mayor rendimiento y afrontamiento ante los múltiples conflictos que surgen en el entorno laboral (Bar-On, Brown, Kirkcaldy, & Thome, 2000; Durán, Extremera & Rey, 2004b; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-castro, & Gómez-Benito, 2004; Nikolaou & Tsaousis, 2002). De este modo, la alta Inteligencia Emocional del líder dentro de un equipo que realiza su trabajo en el entorno

sanitario, mejora la percepción que sus subordinados tienen de su propio rendimiento, especialmente la competencia relacionada con la Atención y Claridad emocional.

Por otro lado, en cuanto a la relación entre la Inteligencia Emocional y la percepción de calidad de servicio (i.e., Empatía, Lealtad y conducta Extra-rol) y la satisfacción por parte de los clientes (H2), los resultados obtenidos han mostrado diferencias significativas para todas las variables entre pertenecer al grupo con una alta Inteligencia Emocional frente al resto. Destacar que las diferencias existentes con un nivel de significación ($p < 0,001$) se observan en Satisfacción, Empatía y conducta Extra-rol y con un nivel de significación ($p < 0,01$) Lealtad.

Estas variables tienen un alto componente emocional relacionado directamente con la relación emocional entre el/la profesional y el paciente, nos respaldamos en estudios como el realizado por (Cummings, Hayduk & Estabrooks, 2005), con una muestra de 6.526 profesionales del sector sanitario, en el que revelaron que los trabajadores que adoptaban un estilo de liderazgo basado en competencias propias de la Inteligencia Emocional informaban de menor cansancio emocional, mayor salud emocional, más satisfacción con su trabajo, y mayor conocimiento de las necesidades de sus pacientes, mayor empatía que los trabajadores que no basaban su estilo de liderazgo en dichas competencias. Además del feedback positivo en los pacientes, que influye en el nivel de satisfacción (Dawis & Lofquist, 1984).

Respecto a la diferencia más significativa destacamos la Empatía y la Inteligencia Emocional, aquellos sujetos que muestren diferencias en Inteligencia Emocional, también mostraran diferencias referentes con la Empatía. Estas dos habilidades emocionales se encuentran muy relacionadas puesto que la empatía supone la capacidad de escuchar a los demás pero requiere previamente identificar las emociones de uno mismo, si uno no es capaz de entender cómo se gestionan las emociones y saber manejarlas para poder mantener un equilibrio, difícilmente va a poder interactuar positivamente con las emociones de los demás, por eso se encuentran tan ligadas estas competencias.

Limitaciones

Encontramos una serie de limitaciones en nuestra investigación, entre ellas que todos los instrumentos de medida fueran auto-informes, esto supone un inconveniente para medir la Inteligencia Emocional, al obtener únicamente una valoración subjetiva de los niveles en ciertas habilidades y competencias afectivas. Es más recomendable evaluar el constructo a través de pruebas de habilidad que realicen una evaluación más objetiva de las destrezas emocionales y estén menos sesgadas por la capacidad de introspección y memoria del sujeto.

Por otra parte, las puntuaciones de los líderes suponen un problema en la representatividad de la muestra, los líderes no cumplen una distribución normal en las puntuaciones, (curva normal).

De este modo, el hecho de no contar con líderes representativos de cada uno de los distintos niveles de competencia emocional ha complicado el análisis y la extrapolación de los resultados para la población normal. Para poder salvar esta limitación se debería replicar este estudio con una población de líderes más heterogénea en competencia emocional.

Propuestas de futuro

Desde los resultados obtenidos consideramos la importancia del papel de las emociones en el trabajo, y sobre todo en el tercer sector, que trabaja directamente con personas como puede ser el Sector Sanitario. Valoramos la iniciativa del equipo de la Universidad Jaume I, en la realización del curso “Trabajo Emocional como recurso Sanitario” para trabajar las distintas fortalezas que componen la Inteligencia Emocional.

Sería de gran interés que esta propuesta se llevará a cabo en la gran mayoría de centros sanitarios de nuestra sociedad, no únicamente en los hospitales, trabajar en pequeñas entidades como pueden ser los centros ambulatorios, clínicas u otro tipo de instituciones relacionadas. Concienciar a los profesionales, que poseer este tipo de habilidades relacionadas en el manejo y gestión emocional, supone un camino para alcanzar el éxito laboral, que la satisfacción y el bienestar laboral garantizan mejores resultados y que ser Emocionalmente más Inteligentes también les favorece en las relaciones con los pacientes.

Nuestra investigación ha estado relacionada en el sector sanitario, pero este tipo de proyectos se deberían de poner en práctica en cualquier profesión. Los empresarios que lleven un equipo a su cargo, deberían de conocer este tipo de propuestas, ya que es muy importante que establezcan una ética basada en este tipo de valores, que sean capaz de motivar a sus empleados, de reconocer este tipo de habilidades y potenciarlas.

Conclusión

Este estudio aborda la Inteligencia Emocional desde dos líneas, una a nivel intrasujeto para conocer que valores de la Inteligencia Emocional condicionan a que un individuo muestre un mayor rendimiento, entendido con un mayor nivel de competencia profesional. Y la segunda línea que se centra a nivel intersujeto, para conocer que valores dentro de un mismo grupo de trabajo influyen en obtener mejores resultados respecto al nivel de calidad.

Uno de los aspectos a resaltar es que cualquier organización necesita trabajar en sintonía, el entendimiento, la comunicación y la colaboración en un grupo es esencial. Como hemos podido observar, la influencia que ejerce el líder en el funcionamiento de su equipo, es el reflejo de su actitud y las habilidades que utiliza, un estilo de dirección más participativo, que consiga el desarrollo de todas las potencialidades de sus miembros garantizará un funcionamiento más

eficiente. Desde la investigación de la Inteligencia Emocional, se han podido observar resultados similares a los nuestros, en los que se puede apreciar como beneficia un buen uso de nuestras fortalezas emocionales en la vida laboral, trabajar desde una perspectiva más emocional va a facilitar entender mejor las situaciones y a su vez una mayor adaptación ante los cambios.

Bibliografía

Ashkanasy, N., & Tse, B. (1998). Transformational leadership as management of emotion: A *conceptual review*. The first Conference on Emotions and Organizational Life. San Diego.

Ashforth, B. E., & Humphrey, R. (1995). Emotion in the workplace: *a reappraisal*. *Human Relations*, 48 (2), 97-125.

Baron, R.; Brown, J. M.; Kirkcaldy, B. D., & Thomé, E. P. (2000): «Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i), *Personality and Individual Differences*, 28,1107-1118.

Bloemer, J.M.M., & De Ruyter, K. (1995). Integrating Service Quality and Satisfaction: Pain in the Neck or Marketing Opportunity?, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 8, 44-52.

Bolton, R.N., & Drew, J.H. (1991). A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*, 17, 375-384.

Cooper, R., & Sawaf, A. (1998). *La Inteligencia Emocional aplicada al Liderazgo y a las Organizaciones*. Editorial Norma.

Cronin JR., & Taylor, S.A. (1992): Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

Cropanzano, R., Goldman, B., & Benson, L. (2005). Organizational justice. In J. Barling, K. Kelloway & M. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (63-87). Beverly Hills, CA: Sage.

Cummings G, Hayduk L & Estabrooks C (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: *The responsibility of emotionally intelligent leadership*. *Nursing Research*, 54 (1), 2-12.

Crow, R., Gage H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002): The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6 (2).

Dawis, R. V., & Lofquist, L. H. (1984). *A psychological theory work adjustment*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Drustak U.V., & Wolff B. S. (2001, March). Building the emotional Intelligence of Groups (M., Trans.). *Harvard Business Review*.

Durán, A.; Extremera, N., & Rey, L. (2004). Engagement and Burnout: Analysing their association patterns, *Psychological Reports*, 94,1048-1050.

Enebral Fernández, J. (2003). Medida de la inteligencia emocional de las personas y de las organizaciones. *Revista del Conocimiento*, 12.

Fisher, C. D., & Ashkanasy, N. M. (2000). The emerging role of emotions in work life: *An introduction*. *Journal of Organizational Behavior*. New Jersey, 21 (2), 123-29.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.

George, J. M. (2000) Emotions and Leadership: The role of emotional intelligence. *Human Relations*, 53 (8), 1027-1054.

Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), 181-197.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. NY: Bantam.

Janovics, J., & Christiansen, N. (2001). Emotional intelligence in the workplace: *Evidence of criterion and construct-related validity*. San Diego.

Kozlowski, S. W. J., & Klein, K. J. (2000). A multilevel approach to theory and research in organizations: Contextual, temporal, and emergent processes. In K. J. Klein & S. W. J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (350-380). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Limonero, J.; Tomás, S. J.; Fernández C. J. & Gómez B. J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería, *Ansiedad y estrés*, 10 ,29-41.

Mañas, M. A.; Salvador, C.; Boada J.; González E. & Agulló E. “La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional” *Psicothema* 2007, 19 (3), 395-400.

Martinez-Tur, V., Peiro, J. M., Moliner, C. & Potocnik, K. (2010). Calidad de servicio y calidad de vida: El “survey feedback” como estrategia de cambio organizacional. *Análisis teórico-conceptual y resultados empíricos*. Madrid: FEAPS & Caja Madrid.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (1986, 20 Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Mc Clelland, David C. (1975). *The inner experience*. Oxford: Irvington Power.

Mingote, J.C. (1998). Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional. *Formación médica continuada*. 5(8), 493.

Nikolaou, I., & Tsaousis, I. (2002). Emotional Intelligence in the Workplace: Exploring its effects on Occupational Stress and Organizational Commitment, *International Journal of Organizational Analysis*, 10, 327-342.

Niedz, B. (1998): Correlates of Hospitalized Patients’ Perceptions of Service Quality. *Research in Nursing & Health*, 21, 339-349.

O’Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 788-818.

Offermann, L. R., Bailey, J. R., Vasilopoulos, N. L., Seal, C., & Sass, M. (2004). The relative contribution of emotional competence and cognitive ability to individual and team performance. *Human Performance*, 17, 219– 243.

Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, & L. L. Berry. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A. & Berry, L. (1988): Servqual: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.

Peiró, J. M., Martínez-Tur, V., & Ramos, J. (2005). Employees overestimation of functional and relational service quality: A gap analysis. *The Service Industries Journal*, 25, 1-17.

Price, L. L., Arnold, E. J., & Tierney, P. (1995). Going to extremes: Managing service encounters and assess provider performance. *Journal of Marketing*, 59, 83-97.

Ramos, F. (1999): *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.

Rice, C. L. (1999). *A quantitative study of emotional intelligence and its impact on team performance*. Malibu, Pepperdine University.

Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

Sánchez Carvajal, J. H. (2011). *Sistema de gestión de relación con los clientes (CRM) sobre la plataforma de ERP SIMTEX de Colors S. A. Medellín Colombia*. Tesis de especialización en Ingeniería de Software no publicada. Medellín, Universidad de Medellín, Facultad de Ingeniería.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., Mayer D. M.; Saltz, J. L. & Niles-Jolly, K. (2005) Understanding Organization-Customer Links in Service Settings. *Academy of Management Journal* 2005, 48 (6), 1017–1032.

Scott, W. R. (1998). *Organizations: Rational, natural and open systems*. Upper Saddle River, NJ: Prentice- Hall.

Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.

Zeithaml, V., Perry, L., & Parasuraman A. (1988) Communication and Control Processes in the Delivery of Service *Quality*. *Journal of Marketing*, 52, (2), 35-48.

Zeithaml, V., Berry, L., & Parasuraman, A. (1996): The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.

Zipkin, A. (2000). *The Wisdom of Thoughtfulness*. New York Times, C1-C10.

Anexos

MBI-General Survey

	Almost never	Rarely	Sometimes	Often	Very often	Always
0	1	2	3	4	5	6
Never	A few times a year or less	Once a month or less	A few times a month	Once a week	A few times a week	Every day

1. _____ Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)
 2. _____ Estoy “consumido” al final de un día de trabajo (A)
 3. _____ Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto (A)
 4. _____ Trabajar todo el día es una tensión para mí (A)
 5. _____ Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (EP)
 6. _____ Estoy “quemado” por el trabajo (A)
 7. _____ Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (EP)
 8. _____ He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)
 9. _____ He perdido entusiasmo por mi trabajo (C)
 10. _____ En mi opinión soy bueno en mi puesto (EP)
 11. _____ Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo (EP)
 12. _____ He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto (EP)
 13. _____ Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo (C)
 14. _____ Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo (C)
 15. _____ En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas (EP)
-

Agotamiento = $(\Sigma A)/5$ _____

Cinismo = $(\Sigma C)/4$ _____

Eficacia Profesional = $(\Sigma P)/6$ _____

TMMS-24.**INSTRUCCIONES:**

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

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

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

22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

	Definición
Atención	Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada
Claridad	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales
Reparación	Soy capaz de <i>regular</i> los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor atención emocional, los ítems del 9 al 16 para el factor claridad emocional y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Claridad	Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
	Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
	Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Reparación	Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
	Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
	Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35

SERVQUAL

Nada/Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Pocas veces	Bastante	Mucho/ Muchas veces	Muchísimo/ Siempre
0	1	2	3	4	5	6

Los empleados de esta empresa:**Puntuación**

1. Me han hecho sentir como un cliente especial e importante (EXTRA)	0	1	2	3	4	5	6
2. Hacen más por los clientes de lo que resulta habitual (EXTRA)	0	1	2	3	4	5	6
3. La atención es mejor que la recibida normalmente en otros establecimientos (EXTRA)	0	1	2	3	4	5	6
4. Han hecho alguna excepción para satisfacerme (EXTRA)	0	1	2	3	4	5	6
5. Comprenden las necesidades concretas de cada uno de los clientes (EMPARTIA)	0	1	2	3	4	5	6
6. Son capaces de ponerse en el lugar del cliente incluso con necesidades muy concretas (EMP)	0	1	2	3	4	5	6
7. Se preocupan por el bienestar de los clientes más de lo habitual (EMP)	0	1	2	3	4	5	6

Conteste utilizando la siguiente escala de caras: ¿Cómo de satisfecho está con el servicio en general?

Ponga una cruz debajo de la cara que mejor exprese cómo se siente... **SATISFACCION**)



En un futuro... (LEALTAD)

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6

1. Si puedo, volveré a recibir este servicio	0	1	2	3	4	5	6
2. Recomendaré este servicio a otras personas	0	1	2	3	4	5	6

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN