



MÁSTER UNIVERSITARIO PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIO.

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Curso 2020- 2022

Convocatoria Junio.

Orientación: Descriptivo.

TÍTULO: Evaluación del clima laboral en el centro sanitario Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo en la UME A y B.

AUTOR.-SEVERIANO LÓPEZ-EGEA BALAGUER

TUTOR.- JUAN CARLOS MARZO CAMPOS

Junio 2022

1.- RESUMEN	3-4
2.- INTRODUCCIÓN	5-12
3.- CONTEXTO GEOGRAFICO, TEMPORAL Y POBLACIÓN DEL ESTUDIO	13-14
4.-OBJETIVOS Y HIPOTESIS	14-15
5.- RESULTADOS.....	15-19
6.-DISCUSIÓN	19-22
7.-PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	22-25
8.-CONCLUSIONES	25-26
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27-33
10.- ANEXOS	34-41
Anexo 1	34
Anexo 2	35-37
Anexo 3	38- 41



1.- RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar la calidad de vida profesional en el centro sanitario Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo en la UME A y B. para ello se realizó un estudio con 33 empleados, usando los cuestionarios Calidad de vida profesional (CVP 35), la escala de estrés percibida (PSS) y la Escala de Inteligencia Emocional (TMMS). Se plantearon una serie de relaciones entre diferentes constructos. La primera de ellas, calidad de vida profesional y estrés percibido. La segunda, calidad de vida profesional e inteligencia emocional. La tercera, carga de trabajo y estrés percibido. La cuarta, motivación intrínseca de la calidad de vida profesional y reparación emocional. Como quinta relación, apoyo directivo y apoyo emocional. La sexta, estrés percibido e inteligencia emocional. La séptima, estrés percibido y los factores de la calidad de vida profesional. Y por último, apoyo directivo y motivación intrínseca. Tras realizar los análisis estadísticos pertinentes con el programa estadístico IBM SPSS se concluye que del total de relaciones planteadas, las que se confirman son la cuarta, la sexta (parcialmente), la séptima y la octava (parcialmente). Se percibe un bajo apoyo directivo y un nivel de estrés medio. Con esos resultados se ha propuesto dos vías de actuación, la primera una serie de medidas dirigidas al personal directivo o con más responsabilidad y por la segunda vía, un programa de Mindfulness y auto-compasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de dicho centro.

Palabras Clave: Calidad de vida profesional, estrés percibido, Inteligencia emocional, personal sanitario, salud mental.

ABSTRACT

The aim of this work is to analyze the quality of professional life in the health center Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo in the EMU A and B. For this purpose, a study was carried out with 33 employees, using the questionnaires Quality of Professional Life (CVP 35), the Perceived Stress Scale (PSS) and the Emotional Intelligence Scale (TMMS). A series of relationships were established between different constructs. The first of these, quality of professional life and perceived stress. The second, quality of professional life and emotional intelligence. The third, workload and perceived stress. The fourth, intrinsic motivation of quality of professional life and emotional repair. Fifth, managerial support and emotional support. Sixth, perceived stress and emotional intelligence. Seventh, perceived stress and quality of work life factors. And finally, managerial support and intrinsic motivation. After carrying out the relevant statistical analyses with the IBM SPSS statistical program, it was concluded that of the total number of relationships proposed, those that were confirmed were the fourth, sixth (partially), seventh and eighth (partially). Low managerial support and a medium level of stress are perceived. With these results, two courses of action have been proposed, the first a series of measures aimed at management personnel or those with more responsibility, and the second, a program of Mindfulness and self-compassion to reduce stress and prevent burnout in health professionals of this center.

Keywords: Professional quality of life, perceived stress, emotional intelligence, health personnel, mental health.

2. INTRODUCCIÓN

En 1948, con última revisión en 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el «completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad», (OMS, 2009).

Gill y Feinstein (1994) sugieren que al hablar de calidad de vida se tiene que dar importancia a las cosas relativas a las que las personas dan cierto valor en su vida, y debe venir siempre del mismo individuo. La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social (Ware et al., 1978).

Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas como «percepciones de la salud» (Testa y Simonson, 1996).

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Su uso extendido es a partir de los años sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual.

Frente a esto, algunos psicólogos pusieron el foco en que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell y Rodgers, 1976; Haas, 1999)

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que pueden experimentar las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien (Testa y Simonson, 1997). El tener calidad de vida en el trabajo actúa sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico profesional del individuo y produce motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios, ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar cambios en la organización (Herrera Sánchez y Cassals Villa, 2005).

La calidad de vida profesional resulta necesaria para el buen desempeño laboral y en la actualidad constituye una de las variables más importantes orientadas a entender el comportamiento organizacional. Algunos autores como García-Sánchez (1993) y García y González (1995) plantean que la calidad de vida profesional constituye la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo desafiantes, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que se dispone para afrontar esas demandas. Según Cabezas (1998), la calidad de vida profesional se relaciona con el balance entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal.

Las demandas laborales por tanto se podrían definir como aquellos aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y conllevan costes fisiológicos y psíquicos (Demerouti et al., 2001).

En cuanto a los recursos laborales se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que pueden (a) reducir las exigencias del trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados, (b) ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo o (c) estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo (Bakker, 2011; Bakker y Demerouti, 2007). Por lo tanto, los recursos no sólo son necesarios para hacer frente a las demandas del trabajo, sino que también tienen su propio efecto como se ha podido ver en los aspectos antes mencionados.

Aunque las demandas y los recursos laborales inician procesos distintos, pueden también tener efectos conjuntos. Según la teoría de Demandas y Recursos es que las demandas y los recursos laborales interactúan a la hora de predecir el bienestar laboral. Los recursos pueden tener un efecto combinado sobre el bienestar, e influir indirectamente en el rendimiento, de dos maneras posibles. La primera interacción es aquella en la que los recursos amortiguan el impacto de las demandas en el estrés/malestar. Diversos estudios han mostrado que recursos laborales tales como el apoyo social, la autonomía, la retroalimentación sobre el desempeño y las oportunidades de desarrollo pueden mitigar el impacto de las demandas laborales (presión de trabajo, exigencias emocionales, etc.) sobre diversos indicadores de malestar como el agotamiento (p. ej., Bakker et al., 2005; Xanthopoulou et al., 2007). Los trabajadores que disponen de muchos recursos pueden afrontar mejor sus demandas laborales diarias.

Una extensión importante del modelo original DRL (Bakker et al., 2004; Demerouti et al., 2001) la constituyó la inclusión de los recursos personales en la explicación del proceso. Los recursos personales son autoevaluaciones positivas vinculadas a la resiliencia referidas a la percepción de la capacidad propia para controlar e influir en el entorno (Hobfoll et al., 2003). Se ha demostrado de manera convincente que estas autoevaluaciones predicen el establecimiento de metas, la motivación, el rendimiento laboral y satisfacción con la vida. Esto se debe a que cuanto mayores son los recursos personales en un individuo, más positiva es su autoestima y mayor auto-concordancia existe en sus objetivos personales (Judge et al., 2005). Las personas con objetivos auto-concordantes, es decir, congruentes con uno mismo, están intrínsecamente motivados a perseguirlos y por tanto experimentan mayor satisfacción y tienen mejor rendimiento (Luthans y Youssef, 2007).

Ya tratando la dimensión del estrés señalar que proviene de la física y la arquitectura: “fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo”. La definición del término estrés ha sido muy cuestionada desde que en 1956 el filósofo canadiense Selye importara la definición para la psicología expresándolo tal que así: respuesta fisiológica, no específica, de un organismo ante toda exigencia que se le haga.

A lo largo de los años los investigadores y organismos que han investigado el concepto han definido el termino, poniendo dos como ejemplo:

- Un modelo de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de conducta a los aspectos adversos y dañinos del propio trabajo, la organización y el entorno laboral. Es un estado caracterizado por altos niveles de agitación y angustia y, a menudo, del sentimiento de no saber sobrellevarlo (CE, 2000)
- Reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (OMS, 1986)

Se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio o desajuste entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles de los individuos (Lazarus y Folkman, 1986). Los factores clave a considerar en el proceso de estrés son: las variables del contexto propio del ámbito laboral, variables individuales de la persona que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés. Las consecuencias negativas se producen únicamente cuando las situaciones superan la capacidad de control de la persona.

De Lorenzo (1997) afirma que los profesionales sanitarios padecen un nivel alto de estrés y agotamiento que acarrea como consecuencia cuadros de ansiedad y depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos.

En la década de los ochenta la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud coincidieron que no solo los factores físicos, químicos y biológicos presentes en el trabajo eran importantes en relación con la salud de los trabajadores (OIT, 1984).

La calidad de vida profesional resulta necesaria para el buen desempeño laboral y en la actualidad constituye una de las variables más importantes orientadas a entender el comportamiento organizacional. Desde esta perspectiva, algunos autores (García-Sánchez, 1993; García y González, 1995) plantean la calidad de vida profesional como la relación entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal. En definitiva, los aspectos asociados con la calidad de vida profesional agrupan los diferentes factores capaces de generar fuentes adecuadas de gratificación y satisfacción en el que hacer profesional (Calderón et al., 2008). Ahora bien, en las organizaciones sanitarias, la calidad de vida profesional es un objetivo en sí mismo y a su vez un elemento imprescindible para la consecución del resto de objetivos institucionales y personales (Miñarro et al., 2002; Newman y Taylor, 2002).

Por último, se considera que la inteligencia emocional es un recurso de la persona para aminorar las demandas del trabajo y no llegar a cuotas donde sentirse desbordado y sentir el estrés antes mencionado.

Mayer y Salovey sostienen que las personas con altos niveles de inteligencia emocional son exitosas en sus proyectos que involucran decisiones complejas (Ugariza, 2001), por lo cual podríamos plantear la idea de que estos logros podrían mejorar nuestra calidad de vida en cuanto a los factores familiar, laboral, social, entre otros.

Salovey y Mayer a finales del siglo pasado, acuñaron para la inteligencia personal (usando en la terminología de Gardner) la denominación inteligencia emocional (IE), a la que definieron como «la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno mismo y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios» (Salovey y Mayer, 1990, p. 189). Los mismos autores reconocieron que la definición era insuficiente pues hacía hincapié en la regulación de las

emociones dejando sin tratar la relación entre sentimientos y pensamientos y volvieron a reformularla: «La inteligencia emocional relaciona la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emociones, relaciona también la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento, también la habilidad para entender emoción y conocimiento emocional y la habilidad para regular emociones que promuevan el crecimiento emocional e intelectual» (Mayer y Salovey, 1997)

Una vez contextualizado someramente cada variable o dimensión, abordaremos algunas investigaciones que, basándose en esas variables, pueden servir para fundamentar los objetivos del presente trabajo.

Uno de las investigaciones acordes a nuestra temática es la titulada “Calidad de vida profesional en trabajadores del área en atención primaria de Toledo” elaborado por Villarín Castro et al. (2004), donde el objetivo es conocer la calidad de vida profesional de dichos profesionales, mediante el cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35, siendo la muestra de 430 personas, y llegando a la conclusión que la calidad de vida profesional entre los trabajadores del área sanitaria de Toledo es similar a la de otras áreas sanitarias nacionales, aun en una situación de crisis económica. La motivación intrínseca de los profesionales es muy alta, contrastando con la alta percepción de carga de trabajo y la baja percepción de apoyo directivo que manifiestan.

Siguiendo con la praxis de nuestra línea de trabajo se encuentra otro estudio, titulado “Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid”, elaborado por Jubete Vázquez et al., (2005) cuyo objeto es evaluar el clima laboral en un área de atención primaria (AP) y los factores asociados a la percepción de la calidad de vida profesional, con una muestra de 848 personas, utilizando la encuesta CVP-35, llegando a las siguientes conclusiones. Que hay diferencias significativas en relación con los resultados de las 3 dimensiones valoradas y la calidad de vida global según la categoría profesional. La categoría 3 (auxiliar administrativo, celador, auxiliar de enfermería e higienista dental) es la que peor valora el apoyo directivo, la que tiene menos motivación intrínseca y la que considera que tiene una peor calidad de vida global. En cuanto a la dimensión carga de trabajo, se encuentran diferencias entre el grupo 1 (médico de familia, pediatra y odontólogo) y 3, que refieren soportar una carga mayor que el 2 (enfermera, matrona, fisioterapeuta y trabajador social). Otra de las conclusiones destacadas de este estudio es que la percepción de calidad de vida profesional es un tema de vital importancia, no

sólo por lo que en sí conlleva sino por las repercusiones que podría tener en el rendimiento en el trabajo y la calidad del servicio prestado (Cabezas, 2000)

El tercer estudio titulado “Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid” realizado por Sánchez González et al., (2003) presenta una investigación sobre la Calidad de Vida de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid; encuestando a 419 profesionales de atención primaria mediante el CVP-35, además de considerar variables demográficas y laborales; los autores pudieron llegar a unas conclusiones como que detectar la percepción de la CVP es significativamente peor entre el personal médico que en el resto de los profesionales, no encontrando diferencias al analizarlo con el resto de las variables. Concluyendo que los trabajadores presentan un nivel medio de CVP aunque la valoración entre los médicos es baja por la excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización.

El cuarto estudio, titulado “Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria” realizado por Fernández Araque et al., (2007) realizaron una investigación sobre Calidad de Vida Profesional del personal de enfermería en Atención Primaria de Soria; fueron encuestados 104 profesionales mediante el CVP-35. En cuanto a las conclusiones aportadas por las autoras se pueden destacar que habría, entre las participantes, una puntuación aceptable en la Calidad de Vida Global percibida y la capacidad que tienen de desconectarse del trabajo es bastante, según la media pudieron detectar que ante un aumento del apoyo directivo y de la motivación intrínseca, aumentaría la calidad de vida; en cuanto a la demanda de trabajo no existe relación con la CVP.

En cuanto a la variable estrés, encontramos varias publicaciones que han estudiado dicho factor, entre las que destacamos los siguientes:

El primero de ellos, titulado Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria realizado por Yegler Velasco et al., (2003).

Cuyo objetivo ha sido analizar los factores causales de estrés laboral en personal de enfermería de una urgencia hospitalaria. Determinar el impacto de los estresores laborales en el bienestar psicológico. Analizar las relaciones entre el perfil sociodemográfico y laboral y la identificación de estresores, en una muestra de 79 personas y utilizando el test de Goldberg (GHQ12). Y los estresores laborales se valoraron a través la “Nursing Stress Scale” (NSS) validada al castellano por Escribá y Mas. Llegando a las siguientes conclusiones. La primera de ellas es que los factores de estrés identificados por los profesionales son

aquellos relacionados con la organización del trabajo, especialmente la presión asistencial y la falta de personal, junto a los factores relacionados con el sufrimiento, el dolor y el no poder dar apoyo emocional al paciente. Como segunda conclusión, los profesionales con una autopercepción negativa de su bienestar psicológico también perciben mayor estrés. En dicha muestra no existe una diferencia significativa respecto a la percepción del estrés entre auxiliares y enfermeras. Y la tercera, los problemas de comunicación con otros profesionales del equipo (médicos) también constituye uno de los factores de estrés identificados con mayor frecuencia.

El segundo estudio, “Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia” realizado por Piñeiro Fraga (2013) teniendo como objetivo, identificar tanto el nivel de estrés como los factores relacionados con éste (mecanismos de afrontamiento; satisfacción laboral e inteligencia emocional percibida). Como conclusión establece que los estresores más frecuentes en este colectivo son: “Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas”, “Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora”, “Ver a un paciente sufrir” y “Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería”. En la identificación de la satisfacción laboral los factores con mayores puntuaciones han sido: “Satisfacción en el trabajo”; “Relación personal”; y “Adecuación para el trabajo”.

Para finalizar las dimensiones de nuestro estudio, la variable Inteligencia Emocional como posible protector tanto de los niveles de estrés como de un clima laboral profesional desfavorable, se basa en los siguientes estudios.

El primer estudio titulado “Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería.” realizado por Limonero et al., (2004) cuyo objetivo es analizar el papel moderador de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de profesionales de enfermería, la muestra de 218 sujetos y los cuestionarios suministrados fueron el TMMS-24 y el Nursing Stress Scale (NSS). Y como conclusiones muestran que: a) las mujeres presentan mayores niveles de estrés laboral que los hombres; b) la NSS correlaciona negativa y significativamente con los componentes Comprensión y Regulación de la IEP, mientras el componente Atención no correlaciona significativamente con esta escala o alguno de sus factores; c) los sujetos con altas puntuaciones en el componente Comprensión o en el de Regulación de la inteligencia emocional percibida (IEP), presentan menores

niveles de estrés. Se observa un efecto diferencial de los componentes de la IEP en relación al estrés laboral.

El segundo estudio titulado “Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias Hospitalarias”, realizado por Nespereira-Campuzano y Vázquez Campo, 2016, con el objetivo de determinar los niveles de estrés e identificar si existe relación entre la inteligencia emocional y el estrés laboral en enfermeras y auxiliares de enfermería. Donde hubo 60 participantes y se les administró el Trait Meta-Mood Scale y el Cuestionario breve de burnout. Llegando a conclusiones tales como que los profesionales de Enfermería del servicio de urgencias presentan niveles medios-altos de burnout, siendo la despersonalización el síntoma que refleja los valores más elevados. Otra de las conclusiones a las que se llegó fue que la inteligencia emocional está relacionada con el estrés laboral y, de manera específica, la comprensión de los propios estados emocionales influye en la realización personal. Los profesionales con más estabilidad laboral muestran una mejor capacidad para sentir y expresar sus sentimientos

El tercer estudio para fundamentar la tercera variable de este trabajo se titula “Inteligencia emocional y calidad de vida en personal de salud de cuatro hospitales del sector público de Lima” de Marquina Lujan (2014) donde se utilizó el Inventario del Coeficiente Emocional de Baron (ICE) y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes a 352 profesionales y las conclusiones que se llegaron fueron significativas. En primer lugar, que los resultados nos muestran que existe dependencia significativa entre las variables estudiadas. En segundo lugar, se observa que aquellos que presentan menores índices de inteligencia emocional se asocian con aquellos que tienen menor calidad de vida y los que tienen mejores niveles de inteligencia emocional mostraron buena calidad de vida.

Por tanto, se puede extrapolar que el desarrollo de la inteligencia emocional contribuye a la adecuada interpretación de los eventos que se nos presentan en la vida diaria, lo cual nos permite contribuir en la mejora de nuestra calidad de vida.

Una vez enmarcado y contextualizado el presente estudio, se abordará en las siguientes páginas la calidad de vida profesional, su posible incidencia con el estrés percibido, así como su relación con la inteligencia emocional, en el personal sanitario del Hospital Doctor Esquerdo concretamente en las unidades UME A y B para posteriormente describir los resultados, analizarlos y extraer posibles conclusiones al respecto.

3. CONTEXTO GEOGRAFICO, TEMPORAL Y POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en el Complejo Socio Asistencial Dr. Esquerdo ubicado en la Calle Ramón de Campoamor, 25, de San Juan, su objeto de estudio es el tratamiento de la cronicidad mental. Dicho complejo es de carácter público perteneciente a la Diputación de Alicante.

En el centro existen diferentes unidades de rehabilitación además de la atención sanitaria que precisan los pacientes, se diseñan planes individuales de rehabilitación los llamados (PIR) que pretenden mejorar las capacidades de los pacientes en las habilidades afectadas por la enfermedad. Entre los diferentes programas que se llevan a cabo en el centro encontramos, Psicoeducación de adultos, Psicoeducación familiar, habilidades sociales, estimulación cognitiva, resolución de conflictos, prevención de recaídas en consumo de tóxicos, ocio y tiempo libre, autocuidados, cocina, lavadora, contra el estigma de la enfermedad mental en la sociedad, entre otras. Como se observa un número considerable de diferentes programas para que el paciente adquiriera las competencias oportunas con el objetivo en el horizonte de volver a la sociedad.

Respecto al marco temporal del estudio, se realiza entre septiembre 2021 hasta noviembre 2021.

Los cuestionarios que se utilizan son los siguientes: Breves datos sociodemográficos, CPV 35, Estrés percibido (PSS), y el de TMMS 24 de Inteligencia Emociona. La descripción de los mismos se encuentra el Anexo 2.

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo porque las variables serán medidas con corte transversal, al realizar las mediciones en un solo momento del estudio.

Se estima que el número de participantes en el estudio piloto sería de 40 personas aproximadamente con un perfil sanitario, habiendo unos criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación.

Criterios de inclusión.

- Perfil de profesional que trabaje con los pacientes directamente.
- Trabajador que esté de acuerdo con formar parte de estudio, identificándose con su espíritu y finalidad y hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Perfil de profesional que no trabaje con los pacientes directamente.

- Trabajador que no esté de acuerdo con formar parte del estudio, no identificándose con su espíritu y finalidad o no haya firmado el consentimiento informado.

La muestra final han sido 33 profesionales, de diferentes departamentos o perfiles profesionales, concretamente nueve: coordinadores, trabajadores sociales, psiquiatría, lencería, sociosanitarios, Monitores Ocupacionales Especializados (MOE), enfermería, Auxiliar de enfermería y psicología, 29 son mujeres y 4 hombres.

4. OBJETIVOS E HIPOTESIS.

Objetivo general

- a. Analizar el clima laboral del Hospital psiquiátrico Doctor Esquerdo concretamente en las unidades media estancia A y B.

Objetivos específicos

- a. Conocer los niveles de calidad de vida profesional del personal Sanitario del Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo concretamente en las unidades media estancia A y B.
- b. Conocer los niveles de Estrés Percibido del personal Sanitario del Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo concretamente en las unidades media estancia A y B.
- c. Conocer los niveles de Reparación Emocional del personal Sanitario del Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo concretamente en las unidades media estancia A y B.

Hipótesis

Las hipótesis del estudio que se han planteado son las siguientes:

Hipótesis 1.

Existe una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida profesional y estrés percibido.

Hipótesis 2.

Existe una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida profesional e Inteligencia emocional.

Hipótesis 3.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Carga de Trabajo y estrés percibido.

Hipótesis 4.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Motivación Intrínseca de calidad de vida profesional y la dimensión de Reparación Emocional.

Hipótesis 5.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Apoyo Directivo y la dimensión de Reparación Emocional.

Hipótesis 6.

Existe una relación estadísticamente significativa entre estrés percibido y la inteligencia emocional.

Hipótesis 7.

Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre el estrés percibido y los factores que componen la calidad de vida profesional (apoyo directivo y cargas de trabajo, motivación intrínseca)

Hipótesis 8

Existe una relación estadísticamente significativa entre apoyo directivo y motivación intrínseca.

5. RESULTADOS.

La descripción de la muestra es de 33 personas, de las cuales 4 son hombres y 29 mujeres. Podemos exponer que hay una diferencia significativa de género en los puestos laborales, predominando el género femenino con 87,9% de mujeres respecto a los 12,1% de hombres.

Tabla 1. Departamento/Área

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Coordinación	2	6,10	6,10	6,10
Trabajadores Sociales	2	6,10	6,10	12,10
Psiquiatría	3	9,10	9,10	21,20
Lencería	2	6,10	6,10	27,30
Sociosanitarios Labora	2	6,10	6,10	33,30
Monitores MOE	2	6,10	6,10	39,40
Enfermería	5	15,20	15,20	54,50
Auxiliar de Enfermería	10	30,30	30,30	84,80
Psicología	5	15,20	15,20	100
Total	33	100,00	100,00	

Como podemos observar en la tabla 1, donde están desglosados por departamentos/áreas la muestra, observamos que los departamentos con más personal son Auxiliar de Enfermería con 10 sujetos, seguida de Enfermería con 5, Psicología con 5 y Psiquiatría con 3 miembros, el resto de áreas tienen 2.

Tabla 2 Estadísticos Descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Estrés percibido	31	8,00	45,00	24,84	8,75
Apoyo directivo	33	,69	2,77	1,47	,49
Cargas de trabajo	33	,55	2,27	1,35	,48
Motivación intrínseca	33	1,30	3,00	2,23	,42
Calidad Global percibida	33	,00	3,00	1,70	,85
Atención TMMS	33	12,00	38,00	23,85	6,85
Claridad TMMS	33	16,00	40,00	30,36	5,87
Reparación TMMS	33	21,00	40,00	29,82	4,89

Los resultados relativos a las hipótesis son los siguientes:

Hipótesis 1.

Existe una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida profesional y estrés percibido.

Tabla 3. Hipótesis 1. Correlaciones

Calidad global percibida	
Estrés percibido	-,35*

*p= ,051

Como se puede observar en la tabla 3, el valor de significación es igual a 0,051, lo cual aunque está muy cerca de ser significativo, no llega a serlo. Sin embargo, sí podría confirmarse que existe una clara relación negativa entre la calidad global percibida y el estrés percibido.

Hipótesis 2.

Existe una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida profesional e Inteligencia emocional.

Tabla 4 Hipótesis 2 Correlaciones

	Calidad global percibida
Atención TMMS	,-24
Claridad TMMS	,18
Reparación TMMS	,21

Como se puede observar en la tabla 4, ninguna de estas 3 correlaciones es significativa, todas tiene un nivel mayor a ,05 por lo tanto no se cumple la hipótesis.

Hipótesis 3.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Carga de Trabajo y estrés percibido.

Tabla 5. Hipótesis 3 Correlación

Cargas de trabajo	
Estrés percibido	,12

Como se puede observar en la tabla 5, no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Cargo de Trabajo y estrés percibido, por tanto, no se cumple la hipótesis.

Hipótesis 4.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Motivación Intrínseca de calidad de vida profesional y la dimensión de Reparación Emocional.

Tabla 6 Hipótesis 4 Correlación

	Motivación intrínseca
Reparación TMMS	,38*

* $p < ,05$

Como se puede observar en la tabla 6, se cumple esta hipótesis ya que la $p < ,05$.

Hipótesis 5.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Apoyo Directivo y la dimensión de Reparación Emocional.

Tabla 7. Hipótesis 5. Correlación

	Apoyo directivo
Reparación TMMS	,12

Como se puede observar en la tabla 7 y dado que el nivel de significación es $> ,05$, no se cumple la hipótesis.

Hipótesis 6

Existe una relación estadísticamente significativa entre estrés percibido y la inteligencia emocional.

Tabla 8. Hipótesis 6. Correlaciones

	Estrés Percibido
Atención TMMS	,41*
Claridad TMMS	-,08
Reparación TMMS	-,19

* $p < ,05$

Como se puede observar en la tabla 8, tan solo la dimensión Atención Emocional presenta correlación significativa con el estrés percibido. Por lo que la hipótesis solo se cumple en ese factor, rechazándola en las otras dos dimensiones.

Hipótesis 7

Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre el estrés percibido y los factores de la calidad de vida profesional (apoyo directivo y cargas de trabajo, motivación intrínseca)

Hipótesis 8

Existe una relación estadísticamente significativa entre apoyo directivo y motivación intrínseca.

Tabla 9. Hipótesis 7 y 8

	Apoyo directivo	Cargas de trabajo	Motivación intrínseca
Cargas de trabajo	-,01		
Motivación intrínseca	,52**	,07	
Estrés percibido	-,56**	,12	-,54**

**p<,01

Como se puede ver en la tabla 9, en primer lugar, respecto a la hipótesis 7, se observa que sólo se cumple en el caso de las relaciones entre el estrés percibido, el apoyo directivo y la motivación intrínseca, no así con las cargas de trabajo. Por último, la hipótesis 8, sí se confirma, por tanto, existe una relación significativa positiva entre motivación intrínseca y apoyo directivo con un valor de ,52.

6. DISCUSIÓN

La percepción de calidad de vida profesional es un tema de vital importancia, no sólo por lo que en sí conlleva, sino por las repercusiones que podría tener en el rendimiento en el trabajo y la calidad del servicio prestado (Cabezas, 2000).

Tanto Jubete Vázquez et al., (2005), con una muestra de 848 personas, como Sánchez-González et al. (2003), muestra de 419; así como Villarín Castro et al. (2004), con una de 430, obtienen puntuaciones medias y altas en apoyo directivo, motivación intrínseca y cargas de trabajo, mientras que en nuestros resultados estas variables muestran valores bajos.

Además, este segundo estudio y tercer estudio encuentran un valor medio de calidad de vida profesional. En la misma línea, Muñoz et al. (2006), o el del Garrido et al. (2010) encontraron valores medio altos en dicha variable. Estos resultados contrastan con el valor bajo que hemos obtenido

Los tres estudios en los que hemos hecho referencia, son de más de 400 personas, lo cual contrasta con nuestro estudio de 33 personas. Este aspecto podría explicar la gran diferencia en las puntuaciones obtenidas.

A continuación, presentaremos una serie de estudios que apoyan algunas hipótesis de nuestro trabajo.

Abordando la investigación de Cozzo et al. (2016), se constata una relación negativa entre el nivel de Estrés Percibido y el Componente de Salud Mental, es decir que a mayores niveles de Estrés se obtienen resultados más bajos en la Salud Mental del Personal Sanitario Asistencial, por tanto, menor calidad de vida. Esa investigación estaría relacionada con los resultados de la primera hipótesis muestra una clara tendencia negativa entre la calidad global percibida y el estrés. Y también lo está con la hipótesis séptima, aunque nuestros resultados solo se cumplen en parte, al relacionar el estrés percibido y el apoyo directivo y motivación intrínseca no así con la dimensión carga de trabajo.

Otra de las investigaciones que podemos hacer mención es la de Macias et al. (2014), que concluye que los profesionales que tienen una mejor comprensión y regulación emocional perciben una mayor CVP. Sin embargo, esta relación no ha sido encontrada en nuestro estudio.

Un estudio interesante que aborda la tercera hipótesis, de nuestro estudio sería el de Muñoz et al. (2021) que asevera que por encima de las condiciones ambientales o de la relación con otros trabajadores, la carga laboral es el elemento que tiene una mayor influencia en los niveles de estrés de los trabajadores. A diferencia de lo que atestigua este estudio, nuestra investigación no veía relación entre carga de trabajo y estrés percibido.

Los resultados de la hipótesis 4, la cual se confirmó, están en línea con el estudio de Berrios et al. (2006), concluyendo que, por una parte, existe una relación positiva entre la Satisfacción laboral intrínseca y la Reparación emocional, es decir, los profesionales de enfermería que presentan una mayor Reparación emocional son los que están más satisfechos con el contenido de su trabajo (Satisfacción laboral intrínseca).

A diferencia del estudio de Puigbó et al. (2018), que concluye con la inteligencia emocional favorece el bienestar emocional al promover el afrontamiento adaptativo frente al estrés cotidiano, esta relación no se encontró en nuestro estudio.

El estudio de Muñoz et al. (2006), obtuvo resultados similares encontrados en la hipótesis 8. Por tanto, como se puede observar existe una relación entre apoyo directivo y motivación intrínseca.

Teniendo en cuenta los resultados, se puede seguir las conclusiones del investigador Krasner et al. (2009) que aconsejan la práctica de *mindfulness* para reducir los niveles de estrés y *burnout* en profesionales sanitarios. Estos autores muestran que un programa basado en *mindfulness* y autocompasión disminuye el estrés y el cansancio emocional en profesionales sanitarios de atención primaria y mejora su capacidad de atención plena y autocompasión

Otras investigaciones que van en la misma línea de la anterior sería la del investigador Rodríguez et al. (2014), que afirman que las prácticas para cultivar *mindfulness* y compasión son eficaces para aumentar la resiliencia y el bienestar psicológico de los profesionales, mejorando la relación médico-paciente y la práctica clínica

Este tipo de propuesta de intervención se ha visto muy fiable en otras investigaciones, donde avalan la eficacia de las técnicas de meditación para la reducción del estrés y la ansiedad como puede ser la del investigador Ortega et al. (2004)

Las técnicas de conciencia plena suponen una alternativa tanto terapéutica como preventiva, aunque requiere un compromiso activo por parte de la persona en su práctica regular como así lo atestigua García 2008.

También es fundamental, como Gómez (2004) afirma, que el colectivo sanitario sea entrenado para poder alcanzar una distancia emocional respecto a las demandas institucionales y de los pacientes que aumentan el estrés y la ansiedad de modo que la implicación emocional sea pertinente con la tarea.

Ponce et al. (2005), consideran que el estrés es un factor importante y que correlaciona positivamente con variables psicológicas, biológicas y sociales dando lugar a nuevas enfermedades tanto físicas como mentales que se relacionan con bajas laborales.

Investigadores como Moriana et al. (2004) establecen que una mayor autoconciencia y un mayor nivel de autocontrol y autoeficacia pueden ser factores protectores frente al estrés.

En concordancia a este primer planteamiento, investigadores como Shapiro et al. (2000) consideran que la capacidad de atención produce mejoras sobre el funcionamiento del

sistema de autorregulación de la conducta encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo.

Las prácticas para cultivar *mindfulness* y compasión son eficaces para aumentar la resiliencia y el bienestar psicológico de los profesionales, mejorando la relación médico-paciente y la práctica clínica como atestiguan investigadores tales como Krasner et al. 2009.

Por todo ello, y siguiendo a estos autores donde en sus estudios han llegado a esas aseveraciones, nuestra propuesta de intervención se basará, por un lado, en una serie de estrategias dirigidas al personal directivo con más responsabilidad, y por otro lado un programa de Mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios, para todo el personal.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deberían ser tomadas en consideración. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido, y aunque nos ha permitido alcanzar los objetivos propuestos y responder a las hipótesis de estudio, un mayor tamaño muestra hubiera permitido proteger el estudio y extraer datos aún más fiables.

En segundo lugar, los datos han sido recogidos en una única organización lo cual atenta contra la validez externa, ya que los resultados difícilmente pueden ser generalizados.

En tercer lugar, el estudio se ha realizado a nivel individual, hubiera sido deseable agregar los datos a nivel de grupo y realizar un estudio multinivel.

En cuarto lugar, el estudio es transversal, por lo tanto, no se pueden establecer relaciones de causalidad, de tal modo que futuros estudios deberían realizar estudios longitudinales, para analizar el cambio y cómo se comportan las relaciones planteadas en este estudio a lo largo del tiempo.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Nuestra propuesta de intervención se basará en dos partes. La primera de ellas, una serie de estrategias dirigidas al personal directivo o con más responsabilidad donde poder trabajar aspectos esenciales para un correcto liderazgo o para reducir la carga de trabajo del personal, y aumentar el apoyo emocional, entre otras facetas, y por otro lado un programa de Mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios

Existe evidencia sobre la influencia que tiene la forma de dirigir de los superiores en lo concerniente al rendimiento de los equipos de trabajo como así atestiguan investigadores como Burke y Stagl et al. (2006). En el contexto sanitario, diferentes trabajos también destacan el efecto de esta labor en la motivación y satisfacción de los profesionales como lo evidencia, entre otros, la investigación de Martín (2005): *Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud*. Por ello, el apoyo que estos perciben por parte de sus superiores, puede ser otra variable que incida en su motivación por el Servicio Público (MSP). Rhoades y Eisenberger (2003) han mostrado que esta percepción ha logrado influir, además, en factores tales como la satisfacción laboral, el compromiso organizativo y el rendimiento laboral.

Wright et al. (1999) definieron los principios básicos que deben iluminar el liderazgo en la gestión clínica. Un aspecto esencial, sobre todo para la mejora de la calidad, es el trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinar. También se necesita desarrollar y mantener las habilidades directivas de personas clave, resultando más operativo que un grupo de personas comparta las responsabilidades en cada departamento, en vez de recaer en un solo individuo. Se debe reconocer y recompensar las contribuciones Bottles (2001).

Es decir, se debería fomentar:

- Involucrarse y participar en actividades de comunicación (planes, objetivos, estrategias, objetivos clínicos, resultados, etc.)
- Ser accesibles, escuchar y responder activamente a las personas que trabajan en la organización.
- Estimular y apoyar a las personas de la organización para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, aportando formación, el apoyo de la organización y los recursos necesarios (económicos, de tiempo, de apoyo metodológicos).
- Reconocer oportuna y adecuadamente a las personas y equipos que se esfuerzan en mejorar, en todos los niveles de la organización.

En cuanto a la intervención de carga de trabajo, también elaboraremos unas medidas para aminorar ese efecto.

Puntos problemáticos:

- Fatiga por mantenimiento de la atención continua en un estímulo.
- Fatiga por mantenimiento de la atención continua en diversos estímulos

simultáneos.

Medidas preventivas/correctoras:

- Facilitar el mantenimiento de la atención mediante estímulos atractivos, señales eficaces.
- Eliminar las fuentes de distracción innecesarias.
- Establecimiento de programas de formación para mejorar el conocimiento y manejo de herramientas de trabajo.
- Se rotará por secciones en todos los puestos de trabajo posibles a excepción de personal no apto o especialmente sensible.
- Establecimiento de prioridades o protocolo de actuación en las tareas y en la atención de las tareas como clientes, teléfonos, etc.

Puntos problemáticos:

- Incumplimiento de la tarea y de los plazos.
- Desconocimiento de las tareas por falta de tiempo de adaptación.
- Sobrecarga desigual de tareas en miembros de una misma sección o departamento.

Medidas preventivas/correctoras:

- Realizar un estudio de métodos y tiempos para redistribuir la carga de trabajo.
- Rotación de personal en los puestos de mayor presión o carga de trabajo. Mediante la rotación se amplían tareas.
- Facilitar un sistema de movilidad interna para poder establecer prioridades en los cambios de puestos.
- Establecer un plan de formación ligado a rotaciones para cubrir las necesidades de rotaciones de puestos.
- Equilibrar las cargas de trabajo.

En referencia a la dimensión motivación intrínseca, esta también denominada automotivación, es «aquél proceso motivacional provocado por aspectos característicos de la propia actividad. Son motivadores por sí mismos y caen bajo la órbita de control del individuo» (Fernández-Ríos, 1999). Esta motivación impulsa al trabajador a hacer lo que realmente desea, mientras que la motivación extrínseca le lleva a realizar determinadas actividades porque necesita satisfacer una serie de necesidades, y para ello precisa las compensaciones que percibe por una determinada conducta. La motivación intrínseca persigue resultados

administrados por la propia persona, que no tienen una realidad externa y que no son observables por los demás, como, por ejemplo, el sentimiento de logro que produce el éxito en el trabajo.

Es decir, se debería realizar:

- Mejorar el conocimiento.
- Acciones altruistas y de voluntariado.
- Asunción de mayores responsabilidades. ...
- Reconocimiento personal.
- Potenciar los logros.

La segunda propuesta de intervención para nuestro trabajo se va a basar en la réplica de un programa de Mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios, diseñado por Aranda Auserón et al. (2017).

El curso se podría desarrollar en los meses de septiembre y octubre de 2022, tras el periodo vacacional habitual, en el Hospital Doctor Esquerdo en una sala habilitada al efecto. Constará de una sesión por semana de 2.5h durante 8 semanas y el será impartido por una instructora titulada Máster en Mindfulness y formada en los programas de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) y Mindful Self. Compassion (MSC). Cada una de las ocho sesiones versará sobre un tema determinado y se realizarán prácticas de mindfulness y autocompasión, incluyéndose un tiempo para el dialogo e intercambio de experiencias entre los usuarios del programa. En cuanto a material para trabajar en casa se proporcionará también contenido teórico, audio y diarios de prácticas. La estructura y contenido del curso se desarrollará en el Anexo 3

8. CONCLUSIÓN

En conclusión, podemos decir que la calidad global de vida profesional de los trabajadores que han respondido del Hospital Dr. Esquerdo de San Juan, del área de salud mental se encuentra en un nivel medio bajo en Calidad Global Percibida. Respecto al estrés percibido se ha obtenido un nivel moderado. El factor de atención de la escala de inteligencia emocional, parece tener relación con la percepción del nivel de estrés, de tal modo que, a mayor capacidad de atención, más conscientes del nivel de estrés percibido. El resto de factores no

parecen tener una relación significativa. Los trabajadores se sienten con alta motivación intrínseca. No obstante, la calidad de vida profesional puede ser mejorada en todas sus áreas y es por ello que se han diseñado una propuesta de intervención para aumentar la calidad de vida profesional, siendo conveniente volver a realizar el estudio para comparar resultados y analizar si la intervención ha sido efectiva.

Ya para finalizar, exponer que los profesionales solicitan más participación, con posibilidad de que sus ideas sean escuchadas y aplicadas por unos directivos accesibles y conocedores de la realidad que reconozcan su esfuerzo y les informen sobre los resultados de su trabajo. Esto va en línea con los resultados encontrados, donde se observa que el apoyo directivo tiene una relación positiva tanto con la reparación emocional, cómo con la motivación intrínseca.

El aumento de los recursos, el cambio en el estilo directivo y el establecimiento de medidas organizativas eficientes deben ser las prioridades para la organización. Si no es así, verá cómo el desgaste de sus profesionales deriva no sólo en el deterioro personal y laboral de éstos, el aumento de los niveles de estrés, sino también en la calidad de la atención prestada y la satisfacción de los usuarios con el sistema.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aranda Auserón G, et al. *Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y auto-compasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. Aten Primaria.* 2017
- Bakker, A. B. (2011). *An evidence-based model of work engagement.* Current Directions in Psychological Science, 20, 265-269. doi: 10.1177/096372141141414534
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2007). *The job demands-resources model: State of the art.* Journal of Managerial Psychology, 22, 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B., Demerouti, E. y Euwema, M. C. (2005). *Job resources buffer the impact of job demands on burnout.* Journal of Occupational Health Psychology, 10, 170-180. doi: 10.1037/1076-8998.10.2.170
- Berrios Martos, M. Pilar, et al. *Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería.* Index Enfer [online]. 2006, vol.15, n.54, pp.30-34. ISSN 1699-5988
- Bognar, G. (2005). *The concept of quality of life.* Social and Practice, 31, 561-580.
- Bottles K. The good leader. *Physician Exe.* 2001; 27(2): 74- 82
- Burke CS, Stagl KC, Klein C, Goodwin GF, Salas E, Halpin SM. *What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis.* Leadership Q. 2006;17:288---307
- Cabeza, C. (2000). *La Calidad de vida de los profesionales.* FMC 2000; 7 (Supl. 7): 53-68. En Tomás-Sábado, J. Sánchez-López, C., Maynegre-Santaulària, M., Porcel-Navarro, V., Isidro Abad R, Tor Llacuna A.
- Cabezas Peña, C. *La calidad de vida de los profesionales.* FMC. 2000;7 Supl 7:53-68
- Cabezas, C. (1998). *Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional.* Revista Formación Médica Continuada, 5, 491-492.
- Calderón, J., Borracci, R., Angel, A., Sokn, F., Agüero, R., Manrique J., Cariello, A. & Hansen, M. (2008). *Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos.* Revista Argentina de Cardiología, 76, 5, 359-367.
- Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) *The Quality of American Life.* New York: Russell Sage., New Y
- Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in America.* McGraw-Hill, New York.

- Chiavenato, I. (2004) *Calidad de vida laboral en gestión del talento Humano*. Colombia: Mc Graw Hill
- Comisión Europea. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. (2000). *Guía sobre el Estrés relacionado con el trabajo. ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo%20Estres%20Laboral.pdf
- Cozzo, G, et al.(2016). *Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. PSIENCIA*. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 8(1),1-15.[fecha de Consulta 4 de Mayo de 2022]. ISSN: 2250-5490. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333145838001>
- Csikszentmihalyi, M., & Rathunde, K.(1993).*The measurement of flow in everyday life:Toward a theory of emergent motivation*. In J.E. Jacobs (Ed.), *Developmental perspectives on motivation* (pp.57-97) Lincoln: University of Nebraska Press.
- De Lorenzo L. *El informe de la OIT, efectos sobre la salud*. Rev Previsión. 1997;70:72–3.
- Demerouti, E. y Bakker, A. B. (2011). *The Job Demands–Resources model: Challenges for future research*. South African Journal of Industrial Psychology, 37, 1-9. doi: 10.4102/sajip.v37i2.974
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. B. (2001). *The job demandsresources model of burnout*. Journal of Applied Psychology, 86, 499-512. doi: 10.1037//0021-9010.86.3.499
- Fernández Araque, AM; Santa Clotilde Jiménez, E; Casado del Olmo, MI. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
- Fernández Ríos, M. (1999). *Diccionario de RRHH. Organización y dirección*. Madrid: Díaz de Santos
- García Campayo J. *La práctica del estar atento(mindfulness)en medicina. Impacto en pacientes y profesionales*. Aten Primaria. 2008;40:363–6.
- García, S. & González, J. (1995). *Factores de motivación de los profesionales de la salud en Atención primaria*. Revista Formación Médica Continuada, 2, 1.
- García-Sánchez, S. (1993). *La qualitat de vida profesional com a avantatge competitivue*. Revista de Qualitat, 11, 4-9

- Garrido Elustondo S, García Esquina E, Viúdez Jiménez I, López Gómez C, Más Cebrian E, Ballarín Bardají M. Estudio de la calidad de vida profesional en trabajadores de atención primaria del área 7 de la Comunidad de Madrid. *Rev Calid Asist.* 2010;25:327---33.
- Gill TM, Feinstein AR. *A critical appraisal of the quality of life measurements.* JAMA. 1994; 272 (8): 619- 626.
- Gómez RC. *El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo.* Rev Asoc Esp Neurops.2004;90:41–56
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007).* Rev Esp Salud Pública.2009;83: 215–30.
- Haas, B. (1999). *Clarification and integration of similar quality of life concepts.* Journal of nursing Scholarships, 31, 215 – 220
- Herrera Sánchez, R. y Cassals Villa, M. (2005). *Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería.* Revista Cubana de Enfermería, 21 (1), 1-11.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N. y Jackson, A. P. (2003). *Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women.* Journal of Personality and Social Psychology, 84, 632-643. doi: 10.1037//0022-3514.84.3.63
- Houdmont J, Kerr R, Addley K. *Psychosocial factors and economic recession: The Stormont study.* Occup Med (Lond). 2012;62:316---7.
- International labour Organization. *Psychosocial factors at work: Recognition and control.* Report of the join ILO/WHO committee on occupational health. Geneva; 1984 [consultado 1 Jun 2011]. Disponible en. <http://www.who.int/publications/ILO WHO 1984 report of the joint committee.pdf>
- Jubete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R, Cortés Rubio JA, Mateo Ruiz C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del área 1 de Madrid. *Aten Primaria.* 2005;36:112---4.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Erez, A. y Locke, E. A. (2005). *Core self-evaluations and job and life satisfaction: The role of self-concordance and goal attainment.* Journal of Applied Psychology, 90, 257-268. doi: 10.1037/0021-9010.90.2.257
- Karasek R. *The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure.* Int J Health Serv. 1989;19:481–508.

- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians*. JAMA. 2009;302:1284---93.
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and*
- Lazarus, R.S y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Levy, L., y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J.; Fernández-Castro, J.; Gómez-Benito, J. (2004): «*Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería*», en *Ansiedad y estrés*, 10 , pp. 29-41.
- Luthans, F. y Youssef, C. M. (2007). Emerging Positive Organizational Behavior. Journal of Management, 33, 321-349. doi: 10.1177/0149206307300814
- Macias, A.J, et al. *Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol*. Unidad de Salud Mental Torrequebrada, Servicio Andaluz de Salud, Benalmádena, Málaga, España. 2015
- Marquina, R. (2014). Inteligencia emocional y calidad de vida en el personal de salud de cuatro hospitales del sector público de Lima. Revista. Obstetricia y enfermería- 10, 1- 7
- Martín JJ, *Motivación. incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud*. Rev Adm Sanit. 2005;3:111---30
- Martín, J., Cortes, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. y Rodríguez, A. (2003). *Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35*. Revista *Gaceta Sanitaria*. 18(2), 129-136. Recuperado de: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911104718178
- Mayer, J.D y Salovey, R (1997). «*What is Emotional Intelligence?*», en P. Salovey y D. J. Sluyter: *Emotional Development and Emotional Intelligence*. New York: BasicBooks.
- Meeberg, G.A. (1993). *Quality of life: A concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 18, 32 – 38.
- Miñarro, J., Verdú, M., Larraínzar, M. & Molinos, F. (2002) *La Satisfacción Laboral en el Hospital Asepeyo-Sant Cugat del Vallés* . Gestión Hospitalaria, 13, 26-30.

- Moriana JA, Herruzo J. Estrés y burnout en profesores. *Int J Clin Health Psychol.*2004;4:597–621.
- Muñoz, S, Iglesias, C A (2021) An agent based simulation system for analyzing stress regulation policies at the workplace, *Journal of Computational Science*, Volume 51. 101326, ISSN 1877-7503, <https://doi.org/10.1016/j.jocs.2021.101326>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877750321000247>)
- Muñoz-Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares- Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria.* 2006;37:209--14.
- Nespereira-Campuzano T y Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enferm Clin.* 2017; 27 (3): 172-178
- Newman, K. & Taylor, U. (2002). *The NHS Plan: Nurse satisfaction, commitment and retention strategies.* *Health Service Management*, 15, 93-105
- Nogareda, C. Gracia, D. et al. *Perspectivas de intervención en Riesgos Psicosociales.* Ed Foment del Treball Nacional, 2018.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1964). *La organización del trabajo y el estrés.* Serie Protección de la Salud de los Trabajadores, (3), 3. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Ortega C., López F. *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios.* *Int J Clin Health Psychology.*2004; 4:137–60.
- Pérez, J y Nogareda, C. *Factores psicosociales: metodología de evaluación.* Instituto Nacional De Higiene en el Trabajo, 2012.
- Piñero, M. (2013). *Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia.* *Enfermería Global*, 31, 125-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300008&lng=es&nrm=iso
- Ponce CR, Bulnes MS, Aliaga JM, Atalaya MC, Huertas RE. *El síndrome del quemado por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios.* *Revista de Investigación en Psicología.* 2005;8:87–112.
- Puigbó J, et al. *Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano.* 2018. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES), Departamento

de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Rodríguez Vega B, Melero Lorente J, Bayón Pérez C, Cebollas, Mira J, Valverde C, et al. *Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psycho-therapists in training*. *Psychother Res*. 2014;24:202---13.
- Salovey, R y Mayer, J.D (1990). *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, vol. 9 (3), pp. 185-211.
- Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. *Calidad De Vida Profesional De Los Trabajadores De AP Del Área 10 De Madrid*. *Medifam*, 2003; 13: 291-296
- Shapiro S, Schwartz G. (2000) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press.
- Szalai, A. (1980). *The meaning of comparative research on the quality of life*. En: A Szalai, & F. M. Andrews (Eds.), *The quality of life. Comparative studies*. London: Sage
- Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1997). *Assessment of quality of life outcomes*. *The New England Journal of Medicine*, 334 (13), 835-40
- Tovalín H. Rodríguez M. *Conceptos básicos en la evaluación del riesgo psicosocial en los centros de trabajo*. En: Juárez A, Camacho A, editores. *Reflexiones teórico-conceptuales de los psicosocial en el trabajo*. México: Juan Pablos Editor; 2011. p. 95-111.
- Ugarriza N. *La Evaluación de La Inteligencia Emocional a través del Inventario de Bar-On I-CE en una muestra de Lima Metropolitana*. Lima: Libro Amigo; 2001.
- Villarín, A., Méndez, T., Zuzuárregui, M. S., Sánchez, S., & Conejo, R. (2015). Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.007>
- Ware JE Jr, Davies-Avery A, Donald CA. *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: Volume V. General health perceptions*, R-1987/5-HEW. Santa Monica: The Rand Corporation; 1978.
- World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. World Health Organization; 2009. pp. 1-18.

- Wright J, Smith ML, Jackson DR. Clinical governance: principles into practice. *Journal of Management in Medicine*. 1999 ;13(6):457-465. DOI: 10.1108/02689239910299786. PMID: 10848176.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W. y Schreurs, P. J. G. (2007). *When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources*. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 766-786. doi: 10.1108/02683940710837714
- Yegler Velasco, M.C.; Díez Fernández, T. ; Gómez González J.L.; Carrasco Fernández B.; Miralles Sangro, T.; Gómez Carrasco, J.A “*Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria*”. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (Ciber Revista)*, 2003, Oct. 16 (Acceso en Octubre de 2011). Disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRI-MERA_EPOCA/2003/octubre/estresores.htm



10. ANEXOS

Anexo 1

AUTORIZACIÓN DEL CENTRO PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER DE PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA.

A la dirección del centro,

Estimado Sr. José Luis Villar Malpica:

Le escribo para solicitar permiso para realizar un estudio de investigación en la institución que actualmente preside. Actualmente estoy cursando el Máster General Sanitario en la Universidad Miguel Hernández y me encuentro en plena tarea de abordar el Trabajo de Fin de Máster, el estudio se titula "Evaluación del clima laboral en el centro sanitario Hospital Psiquiátrico Doctor Esquerdo en la UME A y B". Espero que la dirección del centro me permita administrar al personal laboral una serie de cuestionarios referidos al objeto de estudio.

Los trabajadores interesados, que se ofrezcan como voluntarios para participar, recibirán junto con los cuestionarios un documento informativo del estudio, aclarando posibles dudas y poniéndose a su disposición en caso de ser requerido.

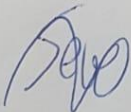
Los resultados de los test administrados se combinarán para el proyecto del trabajo antes mencionado y los resultados individuales de este estudio permanecerán absolutamente confidenciales y anónimos, y en ningún caso se publicarán en ningún medio o se cederán a terceros.

Por último, agradecer la colaboración y disposición en todo momento del centro para que mi estancia practica fuera lo más cercana y profesional posible e hiciera posible el estudio de investigación que estas líneas aborda.

Si está de acuerdo, agradecería su firma aprobando dicha investigación en el centro que preside.

Atentamente,

Estudiante:



Dirección del centro:

CONFORME DIRECTOR AREA

FDO.: JOSE LUIS VILLAR MALPICA

Alicante, a 23 de Noviembre de 2021.

Anexo 2

Desarrollo de test

Cuestionario CVP 35.

Cuestionario CVP-35: Calidad de Vida Profesional propuesto por Salvador García, diseñado bajo el modelo teórico demandas-control-apoyo social de Karasek y adaptado al español por Cabezas (2000). Se conforma con 35 ítems que ofrecen respuestas de opinión en una escala de 1 a 10 puntos y califica como deficiente: 1 a 2 puntos; regular: 3 a 5 puntos; buena: 6 a 8 puntos, y excelente: 9 a 10 puntos. El cuestionario se conforma con tres dimensiones: apoyo directivo (13 ítems), cargas de trabajo (11 ítems) y motivación intrínseca (10 ítems). El ítem 34 se valora de manera independiente e identifica la percepción de la calidad de vida en el trabajo. La fiabilidad se reporta entre .75 y .86 alfa de Cronbach (Martín, Cortés, Morente, Caboblanco, Garijo y Rodríguez, 2003), concretamente .81.

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	ITEMS
Apoyo directivo	2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28, 30	13
Cargas de trabajo	1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 33	11
Motivación intrínseca	9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32, 35	10
Se mide a parte	Calidad de vida profesional global percibida	Pregunta 34
Total		35

Alternativa	Escala de Likert
Nada	1-2
Algo	3-4-5
Bastante	6-7-8
Mucho	9-10
Total	

Dimensión: Apoyo directivo. Soporte que el trabajador recibe por parte de los directivos. Retribuir de esa manera el esfuerzo genera un compromiso del trabajador y consecuentemente del trabajo. Pues de esta manera pueden percibir que su trabajo es valorado e importante para alcanzar las metas organizacionales; por tanto, un escaso o nulo apoyo directivo puede acarrear consecuencias negativas en los trabajadores teniendo un inadecuado comportamiento que se puede reflejar en falta de deslealtad, identificación entre otras Chivenato (2004)

Dimensión Cargas de trabajo: Conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral. O interacción entre el nivel de exigencia de la tarea y el grado de movilización de las capacidades del sujeto para realizar su actividad laboral (Tovalín y Rodríguez, 2011)

Dimensión Motivación intrínseca. constructo de la motivación intrínseca describe esta inclinación natural hacia la asimilación, el alcanzar dominio, el interés espontáneo, y la exploración que son tan esenciales para el desarrollo cognitivo y social que representan una fuente principal de disfrute y vitalidad a través de toda la vida (Csikszentmihalyi y Rathunde, 1993; Ryan, 1995).

Calidad de vida profesional global percibida. Percepción general del trabajador sobre la calidad de vida.

Puntuación de 35 a 350

Nivel bueno de CVP: 246 a 350

Nivel regular de CVP: 140 a 245

Nivel malo de CVP: 35 a 139

Estrés percibido. Se analizó mediante 14 ítems de la versión española (2.0) de Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). Un ejemplo de ítem es: “Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida”. La Escala de respuesta ha sido de “0” nunca” a “4” muy a menudo.

Inteligencia emocional. Se midió con 24 ítems (8 por dimensión) procedentes de la escala TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) versión reducida y adaptada a la población española por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Esta escala está basada en la escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) del grupo de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai (1995). La TMMS-24 incluye tres dimensiones claves de la inteligencia emocional: Atención emocional (AE), Claridad emocional (CE) y Reparación Emocional (RE). Cada dimensión consta de 8 ítems. Así, los ítems del 1 al 8 se corresponden con la AE, los ítems del 9 al 16 con la CE y del 17 al 24 con la RE. La AE se define como la capacidad para percibir y expresar los sentimientos de forma adecuada, la CE sería la comprensión de los estados emocionales y la RE es la capacidad de regular los estados emocionales correctamente. Un ejemplo de ítem de AE es: “Normalmente me preocupo mucho por lo que siento”, de CE: “Frecuentemente puedo definir mis sentimientos” y de RE: “Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables”. La escala de respuesta ha sido de “1” nada de acuerdo a “5” Totalmente de acuerdo.

Anexo 3

Programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios (basado en Arandas Auserón et al., 2017)

Estructura y contenido del curso.

Presentación y objetivos del curso.

Cronograma y estructura de las sesiones presenciales.

Cumplimentación de cuestionarios: Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Escala de Auto-Compasión (SCS), Perceived Stress Questionnaire (PSQ) y Maslach Burnout Inventory (MBI).

Primera semana. Conciencia plena.

Conceptos

Mindfulness. Atención Plena versus Piloto automático. Modo Ser/Modo Hacer. Actitudes para la práctica. Presentación de las prácticas formales e informales de mindfulness

Prácticas durante la sesión

Ejercicio de la uva pasa. Práctica de los 3 min. Body-scan

Trabajo para casa durante la semana

Body-scan al menos 6 días a la semana

Segunda semana. Las percepciones y la realidad.

Conceptos

Cómo percibimos la realidad. Apertura. Mente de principiante. Aceptación. No juicio. Metacognición

Prácticas durante la sesión

Introducción en la postura de meditación. Mindfulness en la respiración

Trabajo para casa durante la semana

Body-scan 6 días a la semana. Mindfulness en la respiración durante 10 o 15 min al día

Tercera semana. Las emociones.

Conceptos

Las emociones básicas. Neurobiología de las emociones. Regulación emocional. Compasión: mindfulness, humanidad compartida, auto-amabilidad y sus dimensiones opuestas

Prácticas durante la sesión

La Pausa de la Autocompasión. Práctica de estiramientos y ejercicios con atención plena

Trabajo para casa durante la semana

Alternar el body-scan con ejercicios de yoga y estiramientos con conciencia plena. Practicar la «Pausa de la Autocompasión» cada vez que nos enfrentemos a un momento estresante o doloroso a lo largo de la semana, sobre todo en el trabajo

Cuarta semana. Reactividad al estrés. Estrategias de afrontamiento. *Burnout*

Conceptos

Estrés: factores estresores. Bases fisiológicas y psicológicas de la reactividad al estrés. Reacción automática versus respuesta eficaz en situaciones de estrés. Estrategias de afrontamiento. *Burnout*

Prácticas durante la sesión

Mindfulness caminando. El abrazo compasivo

Trabajo para casa durante la semana

Alternar el body-scan compasivo con los ejercicios de yoga y estiramientos con atención plena. Practicar *mindfulness* en la respiración durante 10 o 15 min al día. Paseo meditativo

Quinta semana. Relaciones interpersonales. Comunicación consciente. Estilos comunicativos

Conceptos

Estrés y relaciones interpersonales. Comunicación consciente. Estilos comunicativos

Prácticas durante la sesión

Por parejas, se realiza la práctica de la «Escucha Empática»

Trabajo para casa durante la semana

Mindfulness en todo el rango de experiencias o práctica de conciencia sin elección, atendiendo a todos los contenidos mentales (sensaciones, emociones, pensamientos). *Mindfulness* en la respiración

Sexta semana. El sentido en medicina. Valores

Conceptos

Valores como guías para dirigir nuestros objetivos vitales. Descubriendo nuestros valores y fortalezas.

Prácticas durante la sesión

Meditación centrante: observar la posible conexión de esta experiencia con nuestros propios valores. Práctica de tu «Yo futuro». Esta práctica ayuda a descubrir los valores, lo que es importante para uno.

Trabajo para casa durante la semana.

Práctica formal diaria de al menos 45 min de duración a elección del alumno, eligiendo cada día la práctica más adecuada al momento, estado de ánimo, intención. Puede ser una sola práctica formal body-scan, atención a la respiración, ejercicios corporales y estiramientos con atención plena o una combinación de varias de ellas, bien en la misma sesión o en varias sesiones a lo largo del día.

Séptima semana. El profesional sanitario ante el sufrimiento. Gestión del tiempo

Conceptos

Dolor primario y sufrimiento secundario. Resistencia al dolor. Aceptación Radical. Afrontamiento frente a evitación/negación. Diferencia entre empatía y compasión. Fatiga por empatía versus satisfacción por compasión. Gestión del tiempo.

Prácticas durante la sesión

Se introduce la práctica de «Tonglen» (dar y recibir) para manejar la fatiga del cuidador.

Trabajo para casa durante la semana.

Realizar diariamente cualquiera de las prácticas formales de mindfulness y autocompasión aprendidas hasta este momento, a elección del alumno y según necesidad. Puede ser una sola práctica en una sesión o combinando varias en diferentes momentos del día (45 min). Se pide al alumno que diseñe un «Plan Personal de Autocuidado» pensando en los aspectos de su vida que le gustaría modificar para sentirse mejor y comprometiéndose a incluir en su día a día las técnicas de meditación y ejercicios de autocompasión aprendidos durante el programa.

Octava semana. Plan personal de autocuidado. Despedida

Conceptos

Cuidar al cuidador. Conciencia de nuestras propias necesidades. En grupos pequeños (2 o 3 personas) se comparte el «Plan Personal de Autocuidado» reflexionando acerca de las condiciones que necesitamos para sentirnos bien en nuestro trabajo, Factores que influyen en ese bienestar, cómo podemos prevenir el estrés, la ansiedad, la prisa, y qué medidas podemos adoptar para nuestro autocuidado

Cuestionarios y evaluación del curso

Se entregan los cuestionarios de medición post-intervención (FFMQ, PSQ, SCS, MBI) que son recogidos por la instructora una vez cumplimentados. Cada alumno, de forma anónima, evalúa el curso pudiendo señalar lo que ha supuesto la experiencia

Meditación final

El círculo de la compasión: meditación de la bondad amorosa (metta) dirigida a un ser querido, a nosotros mismos, a un ser neutral, a uno conflictivo y finalmente a todos los seres vivientes

