



VNIVERSITATĪ VALÈNCIA

 **Facultat de Psicologia**

TESIS DOCTORAL

**CALIDAD DE VIDA LABORAL Y AUTOCUIDADO EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL CON ALTA
DEMANDA EMOCIONAL**

PROGRAMA DE DOCTORADO:

ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A LA DEPENDENCIA

Presentada por:

Gabriel Vidal Blanco

Dirigida por:

Dra. Amparo Oliver Germes

Dra. Laura Galiana Llinares

VALENCIA, MAYO 2017

TESIS DOCTORAL

CALIDAD DE VIDA LABORAL Y AUTOCUIDADO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL CON ALTA DEMANDA EMOCIONAL



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Presentada por:

Gabriel Vidal Blanco

Dirigida por:

Dra. Amparo Oliver Germes

Dra. Laura Galiana Llinares

VALENCIA, MAYO 2017

AUTORIDADES

RECTOR

Esteban Morcillo Sánchez

DECANA

M^a Dolores Sancerni Beitia

COORDINADORA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO

Amparo Oliver Germes

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

PROTOCOLO DE APROBACIÓN

Dña. Amparo Oliver Germes, Catedrática del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universitat de València.

Dña. Laura Galiana Llinares, Prof.^a Ayudante Doctora del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universitat de València.

CERTIFICAN QUE:

El trabajo de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA LABORAL Y AUTOCUIDADO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL CON ALTA DEMANDA EMOCIONAL”, realizado bajo nuestra dirección por D. Gabriel Vidal Blanco, se trata de un estudio original, que reúne los requisitos formales, científicos y metodológicos necesarios, de un trabajo de investigación. Este estudio que se presenta como documento de tesis, ha finalizado y se encuentra en disposición de ser presentado para su lectura y defensa pública con la finalidad, para la obtención del Grado de Doctor por la Universitat de València.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de la normativa y legislación vigente, firmamos el presente certificado en Valencia, Mayo 2017.

Fdo.: Dra. Amparo Oliver Germes

Fdo.: Dra. Laura Galiana Llinares

DERECHO DE AUTORÍA

D. Gabriel Vidal Blanco con DNI 25392584 D, en calidad de autor del trabajo de investigación que lleva por título “CALIDAD DE VIDA LABORAL Y AUTOCAUIDADO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL CON ALTA DEMANDA EMOCIONAL”, el cual ha sido dirigido por la Dra. Amparo Oliver Germes, y la Dra. Laura Galiana Llinares, declara de forma voluntaria y gratuita la cesión y permiso a la Universitat de València, para la divulgar, publicitar y reproducir dicho trabajo en los soportes que interese y estime conveniente. La Universitat de València deberá señalar que la autoría del trabajo corresponde al abajo firmante, y hará al igual, referencia a las directoras responsables de la dirección, y personas que hayan colaborado en la realización de este trabajo de investigación.

Conforme a lo expresado, se manifiesta este derecho de cesión bajo licencia Creative Commons 3.0.



AUTOR: Gabriel Vidal Blanco

Valencia Mayo, 2017



DEDICATORIA

*A mi familia:
Al recuerdo diario de mi Padre,
a mi Madre y Hermano,
a Isa y Carlos*

AGRADECIMIENTOS

No sería justo presentar este trabajo, sin previamente recordar y agradecer a aquellas personas que de alguna forma han hecho posible su realización.

Este apartado de agradecimientos cumple pues el objetivo de una vez concluida la tesis doctoral, dedicar unas breves y merecidísimas palabras con cariño por dicho motivo. Mis disculpas si de alguien me he podido olvidar, y que como decía mi padre “*pobre de aquel que no es agradecido...*”.

Desde la distancia que me separa, agradecer a todas aquellas personas que a pesar del sufrimiento de la enfermedad, fueron capaces de aportarme gratitud en el día a día durante los 20 años de trabajo asistencial (para saberlo hay que vivirlo), y por eso muchos de esos recuerdos se recogen en estas páginas.

A mis compañeros/as de Alaquàs con los que durante una década pude compartir mucho trabajo, mucha gastronomía y una enorme amistad.

A todo el personal de la UCI del hospital la Fe, que me recibieron con los brazos abiertos. A mis compis de los diferentes turnos, y en el que yo me encontraba (turno-2), con los/as que ante la dureza del día a día, el sufrimiento de las personas que ingresaban, los miedos, las lágrimas, prisas, paradas, RCPs, intubaciones, vías, ECMOs, hemofiltros, guardias, noches, festivos, y toda la dureza y responsabilidad que suponía ese duro trabajo asistencial..., pues a pesar de todo ello, pude compartir muchas cenas, jubilaciones y otro tipo de celebraciones, bromas, chistes, alegría, y cariño. Realmente éramos una familia porque a pesar de lo duro de esa cruda realidad, disfrutábamos cuando había que trabajar.

A todo el profesorado y actualmente compañeras/os de la Facultad de Enfermería y Podología, que con todo el saber y experiencia acumulada, han aportado un gran valor a mi profesión como enfermero a pie de calle, y a pie de cama. A Maribel y Amparo por insistir en los momentos de flaqueza para acabar el Máster y conseguir que empezara esta tesis que ahora voy a presentar (todo un placer tenerlas tan cerca).

A todo el profesorado que ya ha pasado por esto (Arantxa, Desirée, Vanessa, Iván, Pilar...) o se encuentran en esta situación (J. Vicente, Rosa F, Elena, Natura, Rut, Vicente. T, Rosa L, Marta, Carlos...), y con quien comparto asignaturas. Las palabras de ánimo

en pasillos y cafetería, han servido para que todos/as podamos ir acabando esta etapa.

A Paco Beneyto que esperamos que vuelva muy pronto a nuestra casa y nos haga mucha compañía, a Vicenta que desde la distancia, allí estaba cuando la necesité, a Cris por su ofrecimiento y sus palabras “*claro que sí, lo que haga falta Gabi*”. A Juan y Nikita por el apoyo y “*ánimo que ya queda poco para acabar*”.

Al alumnado de la Facultad para que en su futuro profesional, utilicen todo lo aprendido y mucho más, para que no decaigan en su labor asistencial.

A las ayudas desinteresadas y colaboración prestada de, José Vicente, Javier, Alberto, Marisé, Pilar, Desirée, Manolo, y Eugenia. Estoy en deuda con ellos y ellas, pero nos volveremos a encontrar.

A Eva por su contribución, Juan Carlos y resto de familia Fernández (Carlos, Victor, Eva) porque son muchos años, muy buenos momentos compartidos, y por la ayuda recibida cuando la tecnología dejaba de funcionar.

Al resto mis amigos/as que me ayudan a desconectar.

A Pepe, porque después de tanto tiempo nos volvemos a encontrar y has sabido con acierto ponerme en manos de las personas que en esta trayectoria académica me iban a acompañar. Tus consejos y amistad siempre han sido la garantía de que cuando te necesitara, allí ibas a estar.

A Laura y Amparo, mis directoras de tesis que me han acompañado en esta aventura. Ellas veían luz, donde en un principio yo solo percibía oscuridad. Con su ánimo, dedicación, consejos, amabilidad y cariño, todo ello y mucho más, me ha permitido la elaboración de este documento y que al fin se ha podido terminar después de las demoras habidas. A José M. por si acaso le he robado algo de tiempo dedicado a su chica. A partir de ahora, esto supone un punto final de este concreto periodo académico, pero se inicia un camino futuro de proyectos conjuntos para poder continuar con esta sincera amistad.

A mi maravillosa familia: Isa, Carlos, Manolo, a mi Madre y a mi Padre que lamentablemente no está, porque con vuestro enorme esfuerzo y cariño esta tesis doctoral finalmente ha llegado a su fin. En este caso sobran las palabras porque por muchas que dijera nunca sería suficiente por todo lo que me habéis querido y ayudado. Por lo tanto el mérito de esta Tesis también os pertenece y es vuestro.

¡Muchísimas gracias...!

RESUMEN/ ABSTRACT

Introducción: La Calidad de Vida Laboral del personal sanitario y en este caso del personal de enfermería, ha supuesto desde la década de los 80 un creciente interés y campo de investigación por la magnitud y problemática que supone trabajar en condiciones no saludables, y centrado en que ello supone uno de los factores condicionantes esenciales de la calidad asistencial. El entorno, condiciones laborales y riesgos psicosociales derivados del trabajo son tema de debate a nivel internacional y han pasado al primer plano en la agenda de trabajo política e institucional. La toma de conciencia, y el desarrollo legislativo en materia de salud dan cuenta de este enorme problema que afecta directamente a las personas que trabajan en los distintos centros sanitarios. En este caso, el colectivo de enfermería que atiende directamente a pacientes críticos, de gravedad y sufrimiento, o en situación terminal, ha sido identificado como personal de riesgo en el que los factores psicosociales pueden causar en algunos de los casos, situaciones, estresantes con alto impacto emocional, burnout, fatiga por compasión y situaciones de enfermedad.

Sin embargo los factores de riesgo, pueden ser minimizados cuando la atención prestada genera y supone un alto nivel de bienestar y satisfacción. Al mismo tiempo diferentes variables (edad, experiencia, formación específica, autoconciencia, afrontamiento...), pueden actuar como predictoras asociadas de la Calidad de Vida Laboral, entre ellas el «autocuidado» (Physical Self-Care, Inner/ Psychological Self-Care, Spiritual Self-Care, Social Self-Care).

Objetivos: Explorar el papel del «autocuidado» en la Calidad de Vida Laboral del personal de Enfermería asistencial.

Metodología: La presente investigación tiene un enfoque mixto de forma secuencial. Primeramente cuantitativo a través de un cuestionario a escala nacional, para determinar que variables actúan como predictoras de la Calidad de Vida Laboral, y un posterior enfoque cualitativo mediante el uso de la entrevista semi-estructurada. La muestra estuvo conformada por 123 profesionales de enfermería de cuidados paliativos para el enfoque cuantitativo y para el enfoque cualitativo, de 9 profesionales de diferentes centros sanitarios y servicios (Uci, Reanimación, Unidad de Hospitalización Domiciliaria,

Hospital de Día, SAMU, Urgencias, Ayuda Humanitaria, Atención Primaria de Salud, y de Enlace Sindical de trabajadores/as) de la Comunidad Valenciana.

Resultados: La parte cuantitativa reveló que existe una relación importante del «autocuidado» como variable predictora de la Calidad de Vida Laboral frente al resto de variables. La parte cualitativa permitió profundizar y valorar la importancia del «autocuidado», con los aspectos más vinculados a la Calidad de Vida Laboral, otorgando mayor importancia a los factores organizativos como barrera para el «autocuidado», y que a su vez puede afectar a la atención prestada a los demás. Por otro lado y como factor protector, se señala el trato directo con las personas enfermas, basado a la satisfacción que genera la relación de ayuda. No obstante la valoración de la Calidad de Vida Laboral manifestada resulta deficiente.

Conclusiones: Tras el estudio, se aprecia que la Calidad de Vida Laboral del personal de enfermería no es la deseada. En algunos casos, los factores que influyen son de tipo organizativo referidos a la forma y condiciones de trabajo en situaciones estresantes. Por otro lado, los principales problemas y que más afectan, se refieren al tipo de jornada laboral y los horarios de trabajo (turnos rodados, noches, festivos, guardias...). La atención a pacientes con sufrimiento, en situación de gravedad o terminal, produce una gran satisfacción personal y compensa la situación de desgaste profesional. Las variables estudiadas (el afrontamiento a la muerte, la autoconciencia), y en este caso las dimensiones del «autocuidado», actúan como predictoras y pueden contribuir a mejorar esta situación. Por ello es necesario desarrollar planes formativos y una mayor implicación de las instituciones sanitarias para garantizar y potenciar un «autocuidado» que mejore la Calidad de Vida laboral.

Palabras clave: Calidad de Vida Laboral, Autocuidado, Enfermería, Síndrome del Quemado, Fatiga por Compasión, Satisfacción por Compasión, Bienestar psicológico.

RESUMEN/ ABSTRACT

Introduction: The Quality of Work Life in health professionals, in this case nursing staff, has since the 1980s augmented, in interest and within the field of research, due to the problematics and the magnitude involved when working in unhealthy conditions, centering on the fact that this is one of the essential conditioning factors of quality of care. The environment, working conditions and psychosocial risks arising from work are a topic of debate at international level, coming to the forefront in political and institutional work agendas. Awareness-raising and legislative development in health care account for this huge problem that directly affects people working in different health centers. In this case, the nursing group that attends directly to critically ill patients, sever and chronic suffering, or in a terminal situation, has been identified as risk personnel in which psychosocial factors can cause in some cases, stressful situations with high emotional impact, burnout, compassion fatigue and disease situations.

However, the risk factors can be minimized when the care provided generates a high level of wellness and satisfaction. At the same time, different variables (age, experience, specific training, self-awareness, coping ...) can act as associated predictors of Quality of Work Life, including «self-care» (Physical Self-Care, Inner / Psychological Self-Care, Spiritual Self-Care Self-Care).

Objectives: To explore the role of self-care in the Quality of Work Life of nursing care staff.

Methodology: This research has a mixed approach sequentially. Firstly quantitative, through a questionnaire at national level, to determine which variables act as predictors of the Quality of Work Life, and later, a qualitative approach, through the use of the semi-structured interview. The sample consisted of 123 palliative-care nursing professionals for the quantitative approach and 9 professionals from different health centers (Intensive Care Unit, Resuscitation Unit, Home Hospitalization Unit, Day Hospital, Emergency Medical Service, Hospital Emergency, Humanitarian Aid, Primary Health Care, and Union Link of Workers) of the Valencian Community for the qualitative approach.

Results: The quantitative section revealed that there is an important relationship of «self-care» as a predictor variable of Quality of Work Life versus the other variables. The

qualitative part allowed us to deepen and value the importance of "self-care", with many aspects relating to the Quality of Work Life; giving greater importance to organizational factors as a barrier for "self-care", which in turn could affect care given to others. On the other hand, direct involvement with sick people, based on the satisfaction generated by the aid relationship, is indicated as a protective factor. However, the assessment of the Quality of Work Life manifested is deficient.

Conclusions: Following this study, it can be seen that the Quality of Work Life of nursing staff is not the desired one. In some cases, the influential factors are organizational in terms of methods and conditions of work in stressful situations. On the other hand, the main problems that affect the most are the type of working day and working hours (shifts, nights, holidays, doubling up ...). The attention to patients suffering, in serious or terminal situation, produces a great personal satisfaction and compensates the situation of professional exhaustion. The variables studied (coping with death, self-awareness), and in this case the dimensions of "self-care", act as predictors and can contribute to improve this situation. That is why it is necessary to develop training programs and a greater involvement of health institutions to guarantee and promote a "self-care" that improves the quality of work life.

Keywords: Quality of Work Life, Self-care, Nursing, Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Psychological Well-being.

:

NOTA DE LECTURA Y ESTRUCTURA DE LA TESIS

El objetivo del lenguaje es comunicar, impartir los resultados que uno ha obtenido. Mientras hablo, revelo una situación. La revelo a mí mismo y a otros para poder cambiarla. -Jean-Paul Sartre, (s.f).

Como se podrá comprobar en la lectura del presente documento, aunque no se perciba bruscamente, se ha hecho uso de una escritura intentando mantener la perspectiva de género con el fin de evitar el tan arraigado sexismo lingüístico, en el que predomina un discurso que impide, oculta y en definitiva discrimina a alguno de los sexos, en este caso y de manera histórica a la mujer. En este sentido y para intentar que poco a poco rompamos la barrera de desigualdad que existe socialmente se introduce esta nota de lectura.

Es por ello que paralelamente y buscando que el lenguaje se acomode a una realidad social más justa, se ha hecho uso de diferentes recursos para evitar este tipo de desigualdad, y con más motivo si cabe por el hecho de que el colectivo de enfermería, está constituido mayoritariamente por mujeres.

Aunque en algunos casos parezca una escritura redundante, la inercia nos obliga a ello, puesto que cada vez más la literatura en general y en este caso científica, intenta acercarse más a esta causa.

Algunos de los recursos utilizados han sido, el desdoblamiento en pares morfológicos, la alternancia, uso de términos genéricos neutrales, o vocablos no marcados, eliminando con ello la ambigüedad, pero intentando sutilmente no forzar las estructuras lingüísticas al uso, y con el ánimo de no dificultar la lectura.

En este caso considero que no sería justo hacerlo de otra forma, y sirva ello para contribuir con lo expresado. Tan solo es cuestión de levantar la mirada y acostumbrarse a ello¹.

Podrá observarse también, que a lo largo del documento aparecen enlaces a «páginas Web», y entre las distintas partes del documento, cuando nos posicionamos en los diferentes títulos y subtítulos al inicio por ejemplo en el índice de contenidos, lista de

¹ Dichas recomendaciones han sido recogidas del documento de García, Jiménez, y Martínez (2010): “Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud”.

tablas, figuras y gráficos. Ello permite la navegación y el acceso directo para poder desplazarse con comodidad y de forma rápida dentro de los diferentes apartados. El recurso utilizado ha sido mediante el uso de hipervínculos y marcadores de posición con la finalidad de facilitar la lectura y la localización exacta de la procedencia de aquello que se nombra.

Señalar también que bajo la intención de reducir el volumen y extensión del documento, y en aras de economizar en papel a la hora de imprimir, se ha reducido el tamaño de letra en el apartado de anexos (relatos personales biográficos y entrevistas codificadas).

Con respecto a la literatura consultada, cabe decir que para la citación y elaboración de las referencias bibliográficas, se han seguido las indicaciones recogidas en el manual de la American Psychological Association (6ª edición)² y el manual “Búsquedas bibliográficas en bases de datos: Primeros pasos en investigación en ciencias de la salud” de Faus, y Santainés (2013). Gracias Paco, y gracias Elena por un material tan valioso. Dichas referencias quedan incorporadas en el documento, en el apartado nº 8. Cabe matizar también dos aspectos: Por un lado, parte de la misma (artículos, informes científico-técnicos, libros, prensa escrita/digital, normativas y legislación, páginas Web de instituciones y organismos,...), ya estaba disponible y era conocida por el investigador, puesto que a lo largo de su formación reglada en la titulación de Enfermería, Sociología, Máster Oficial de Enfermería Oncológica, junto con la formación continua/continuada en el ámbito laboral sanitario, se ha ido haciendo acopio de la misma. No obstante en algunos casos fue necesaria su actualización a través de los recursos del Servicio de Bibliotecas y Documentación de la Universitat de València, consultando bases de datos multidisciplinares, y Google Scholar como motor de búsqueda.

Más concretamente también fue aportada por las directoras de esta tesis, que actualmente forman parte de un equipo que lleva una línea de investigación a escala internacional³

² <http://el.iauq.ac.ir/assets/subdomains/rahbar/file/APA%206th%5B1%5D.pdf>

Disponible en: <http://apastyle.org/manual/index.aspx>

³ Dicha línea de investigación, está siendo llevada por un equipo de investigadores/as de Baleares y Valencia, que se encuentran trabajando en un modelo teórico de medición de autocuidado para profesionales que trabajan en contextos estresantes, con gran carga emocional y que en su caso ha sido referido a la atención en cuidados paliativos, y que con esta tesis se pretende contribuir a ampliar dicha línea de investigación.

sobre este tema y cuyos resultados han supuesto en estos años, una producción científica publicada en revistas de gran prestigio e impacto [artículos e investigaciones realizadas, y tesis doctorales publicadas) y todo ello convergente con el interés del investigador en este caso.

En segundo lugar, también dada la actividad académica impartiendo diferentes asignaturas (Ciencias Psicosociales aplicadas, Fundamentos de Psicología aplicados a la Salud, Sociología Género y Salud), algunos aspectos que acompañan a dicha docencia, resultan pertinentes y por tanto también se han tenido en cuenta y se han incorporado dentro del documento.

En lo que concierne a la parte metodológica, para ello se ha hecho uso de material entregado, e indicaciones por parte del profesorado y expertos del Programa de Doctorado (Atención Socio-Sanitaria a la Dependencia), al mismo tiempo hay que añadir, las orientaciones para el guion de la entrevista de mi compañera y Prof.^a Amparo Benavent; los seminarios on-line y el material de ayuda aportado de manera totalmente desinteresada, por el compañero R, Camaño a través del libro Escribir y Publicar en Enfermería”. Gracias al Dr. Xavier Vargas Beal por todo el material prestado y que hay en la red (lo más didáctico que hay sin duda); los seminarios on-line realizados por las tardes durante muchas semanas y el curso presencial sobre análisis cualitativo mediante el software Maxqda-11, ambos impartidos por el Dr. Antoni Casasempere Satorres; y los seminarios metodológicos del Dr. José Supo, impartidos a altas, muy altas horas de la noche y desde lejos muy lejos, desde la República de Guatemala. Finalmente todo ello aderezado con los manuales de Miguel. S Valles Martínez, Irene Vasilachis de Gialdino, Roberto Hernández Sampieri, y algunos otros más que son citados dentro del documento. A todos ellos y ellas, incluidas mis directoras de tesis (Amparo y Laura) que son las que me han guiado desde el principio, les doy las gracias por sus excelentes orientaciones metodológicas.

*And in the end the love you take is
equal to the love you make.
(McCartney/Lennon)*

En cuanto a la estructura de la tesis y para facilitar su entendimiento, se ha dividido la misma en diferentes capítulos. Organizados de forma coherente y estructurada de manera que se pueda seguir un hilo conductor en todo su desarrollo y contenido durante la lectura.

En el **capítulo 1**, se indica el motivo y origen del estudio. En este caso se detallan todos aquellos aspectos que dieron lugar a la elección del tema de investigación, vinculado a la experiencia e inquietud personal. Se explican los momentos de avance, retroceso, y reflexión para nuevamente volver a empezar reconduciendo la idea inicial y tema sobre el que se iba a investigar. Con el planteamiento definitivo, tipo de estudio, los antecedentes, el campo disciplinar en el que se ubica, y su finalidad, entramos en el siguiente capítulo.

El **capítulo 2** hace una breve introducción sobre la Calidad de Vida Laboral, que constituye el tema central sobre el que versa la investigación. Se mencionan aquellos aspectos que dimensionan el concepto, y que en el ámbito del mundo sanitario sobre el que se va a enfocar el análisis, va referido al burnout, la fatiga y satisfacción por compasión, y bienestar psicológico que determinan el estado en que se encuentra el personal sanitario, y que en nuestro caso se trata del personal de enfermería asistencial.

En el **capítulo 3**, se puede observar una primera parte que recoge el marco teórico en el que se fundamenta el estudio. Se señalan como teorías y modelos que encuadran la investigación, desde el modelo de salud salutogénico, el enfoque de la psicología positiva, y desde el ámbito de la enfermería: las teorías del «autocuidado» y de relaciones interpersonales. La segunda parte del capítulo desarrolla el marco conceptual. Se explican y detallan los conceptos relacionados directamente con el tema de estudio, y se recoge la revisión y/o fundamentación teórica de la literatura. Por ello aparecen referencias a la actividad asistencial del personal sanitario y de enfermería, los problemas derivados del tipo de atención desempeñada en relación al entorno de trabajo y las personas atendidas en situación crítica, de gravedad, sufrimiento, e incluso en situación terminal. Encontramos también referencias al estrés laboral, el burnout, y la fatiga por compasión como aspectos negativos. Por otro lado, también recoge una visión positiva al hablar de factores personales que contribuyen a evitar en cierta medida los problemas que acabamos de señalar. En este caso, encontramos conceptos relacionados con características personales como es el caso de la empatía, la resiliencia, la satisfacción por compasión y el «autocuidado». Este último concepto centrará nuestro estudio sobre la Calidad de Vida

Laboral. Se menciona también la normativa y legislación que procura que la salud de los trabajadores y trabajadoras constituya un derecho irrenunciable. Importante todo ello puesto que al final repercute en la salud personal, pero también en la calidad asistencial.

El **capítulo 4**, describe el camino y lineamientos seguidos para el desarrollo de la investigación centrada en el «colectivo de enfermería». Formula el enunciado y problema de investigación con sus componentes: conceptual y empírico, delimitando a nivel geográfico y temporal el estudio, los objetivos, e hipótesis derivadas de un primer enfoque cuantitativo a partir de la actual línea de investigación sobre «autocuidado» a escala internacional. Este valioso material inicia el estudio al que se unirá de forma secuencial un segundo enfoque cualitativo. Se detallan los respectivos métodos derivados de ambas metodologías, el proceso de muestreo, las técnicas y herramientas para el acceso a los datos y recolección de la información, explicando seguidamente como se realizará el análisis. Todo ello implica entender que se trata de un recorrido de estrategias y decisiones metodológicas tomadas personalmente y llevadas al consenso bajo la atenta mirada de las directoras de esta tesis con el fin de poder llevar a cabo el estudio.

En el **capítulo 5**, se presentan los resultados obtenidos y análisis desde los planteamientos de la metodología cuantitativa de inicio y cualitativa posteriormente. Los datos y evidencias narrativas se observan a través de diferentes gráficos y textos recogidos mediante la técnica de la entrevista. Las explicaciones e interpretaciones de las diferentes tablas mediante el tratamiento de los datos numéricos a nivel estadístico, y los discursos narrados a través de la codificación y análisis cualitativo, sirven para contrastar con la literatura recogida en el marco teórico.

En el **capítulo 6** se debate y plantea la discusión de lo obtenido con lo señalado en las diferentes investigaciones y documentos consultados. Se establecen las comparaciones, diferencias y concordancias, lo que nos lleva a plantear posibles desajustes o nuevas líneas de estudio que ayuden a incrementar el conocimiento sobre el tema investigado.

¿Qué nos han dicho los datos respecto a la Calidad de Vida Laboral y el «autocuidado» del personal de enfermería?, y ¿qué informan los estudios y documentos consultados?

El **capítulo 7**, cierra el estudio con las conclusiones, tomando como eje central, lo que la Calidad de Vida Laboral y el «autocuidado» suponen en mutua determinación. El papel que cumple uno frente al otro contextualizado en el caso concreto de este estudio y centrado en el personal de enfermería.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PROTOCOLO DE APROBACIÓN	V
DERECHO DE AUTORÍA	VII
DEDICATORIA	IX
AGRADECIMIENTOS	XI
RESUMEN/ ABSTRACT	XIII
NOTA DE LECTURA Y ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	XVII
ÍNDICE DE CONTENIDO	XXIII
LISTA DE FIGURAS.....	XXVII
LISTA DE TABLAS.....	XXIX
LISTA DE GRÁFICOS	XXXI
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XXXIII
CAPÍTULO 1	37
1. PRIMEROS PASOS AL INICIO Y ORIGEN DE LA TESIS	37
1.1. Elección de la línea de investigación.....	40
1.2. Planteamiento y diseño del estudio.....	47
1.3. Elección del tema objeto de estudio	48
1.4. Tipo de estudio.....	49
1.5. Antecedentes directos y teóricos del estudio: Ejes temáticos.....	49
1.6. Campo disciplinar general y específico	50
1.7. Finalidad del estudio: Propósito y justificación.....	51
CAPÍTULO 2	55
2. INTRODUCCIÓN	55
2.1. Calidad de Vida Laboral	56

CAPÍTULO 3	69
3. MARCO TEÓRICO	69
3.1. Marco referencial: teorías y modelos que sustentan el estudio	69
3.1.1. Modelo de salud salutogénico	71
3.1.2. Enfoque desde la psicología positiva.....	78
3.1.3. Teoría del «autocuidado» y relaciones interpersonales	82
3.2. Marco conceptual.....	86
3.2.1. La relación entre profesional de la salud y paciente.....	88
3.2.1.1. Procesos psicológicos de la relación de interacción	96
3.2.2. El estrés y mecanismos de afrontamiento.....	99
3.2.2.1. El estrés como factor de riesgo en el entorno laboral	104
3.2.3. El Síndrome de Burnout	108
3.2.4. Fatiga por compasión: Desgaste profesional por empatía	116
3.2.5. Satisfacción por compasión	122
3.2.6. Resiliencia: Crecimiento frente a la adversidad	125
3.2.7. El «autocuidado»	129
3.2.7.1. El «autocuidado»: Construcción del proceso y acciones que intervienen	135
3.2.7.2. Percepción para el desarrollo de «autocuidado»	136
3.2.7.3. Influencia del estado emocional y motivación para el desarrollo del «autocuidado».....	138
3.2.7.4. El comportamiento de «autocuidado» basado en las actitudes personales	143
3.2.7.5. Las dimensiones del «autocuidado» y formas de intervención	144
3.2.7.6. El «autocuidado» desde la perspectiva de género	152
3.2.7.7. Planes de formación institucional para el «autocuidado».....	155
3.2.8. Bases normativas y legales para la Calidad de Vida Profesional	161

3.2.9. El aseguramiento de la calidad: Del producto al proceso asistencial	165
3.3. Estado del arte: Antecedentes del tema y líneas de estudio.....	166
3.4. Síntesis del marco teórico conceptual.....	175
CAPÍTULO 4.....	181
4. METODOLOGÍA: PLANTEAMIENTO Y DISEÑO	181
4.1. Formulación y contextualización del problema: Enunciado del estudio	181
4.2. Elaboración de la pregunta base/indagatoria de investigación	184
4.3. Planteamiento metodológico: Justificación y argumentación de su elección...	185
4.4. Objetivos.....	187
4.5. Hipótesis	188
4.6. Postura epistemológica adoptada.....	188
4.6.1. Heurística de la investigación.....	189
4.7. El diseño	192
4.7.1. Diseño y procedimiento de la primera fase del estudio: Cuantitativo	194
4.7.1.1. Instrumentos de medida utilizados	195
4.7.1.2. Análisis de datos y configuración del modelo.....	197
4.7.1.3. Preguntas de base cuantitativa.....	198
4.7.2. Diseño y procedimiento de la segunda fase del estudio: Cualitativo	198
4.7.2.1. Preguntas de base cualitativa.....	200
4.7.3. El muestreo: Selección de casos y contextos.....	203
4.7.4. Consideraciones éticas.....	208
4.7.5. Técnica de recogida de información: La entrevista.....	210
4.8. Procedimiento, toma de contacto, desarrollo y dinámica de las sesiones: Fase de apertura, desarrollo y cierre. Análisis general	212
4.9. La materialización del discurso oral al escrito: La transcripción	216
4.10. Procesamiento y análisis de los datos cualitativos.....	218
4.10.1. La codificación de la información: Etiquetado de significados.....	220

CAPÍTULO 5	227
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	227
CAPÍTULO 6	259
6. DISCUSIÓN	259
6.1 Las limitaciones del estudio y criterios de calidad.	259
6.2 Discusión y líneas futuras de investigación	264
CAPÍTULO 7	275
7. CONCLUSIONES	275
8. BIBLIOGRAFÍA	279
9. ANEXOS	303

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 Diagrama de Calidad de Vida Profesional.....	57
Figura 3.1 Diseño y fundamentación teórica.....	70
Figura 3.2 Determinantes de la salud y afectación relativa.....	73
Figura 3.3 Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender.	77
Figura 3.4 Diseño y elaboración del Mapa Conceptual del estudio.....	87
Figura 3.5 Transformación a fatiga por compasión o satisfacción por compasión.....	90
Figura 3.6 Modelos de interacción entre profesional y paciente.....	92
Figura 3.7 Transferencia y Contratransferencia.	98
Figura 3.8 Taxonomía de las respuestas de afrontamiento.....	101
Figura 3.9 Diferentes respuestas al estrés.....	102
Figura 3.10 Lista de manifestaciones del estrés	103
Figura 3.11 Riesgo psicosocial derivado de tratar con clientes, pacientes o alumnos difíciles.	105
Figura 3.12 Representación gráfica de la caracterización conceptual del modelo.....	114
Figura 3.13 El proceso de fatiga por compasión.	118
Figura 3.14 Análisis teórico de caminos.	123
Figura 3.15 Modelo teórico holístico.	140
Figura 3.16 Modelos teóricos de motivación.	142
Figura 3.17 Cantidad de artículos sobre la prevalencia de malestar emocional y rango de prevalencia.....	166
Figura 3.18 Ítems de la Escala de Autocuidado para Profesionales.....	171
Figura 3.19 Ajuste analítico del análisis factorial confirmatorio.	172
Figura 3.20 Resultados de la búsqueda de literatura por el diseño del estudio.....	174
Figura 3.21 Síntesis del Marco Teórico Conceptual.	178
Figura 4.1 Tipo de diseño básico de método mixto.....	193
Figura 4.2 Modelo de estudio.....	197
Figura 4.3 Lista de cuestiones para el diseño de un procedimiento cualitativo.	199
Figura 5.1 Ajuste analítico del modelo estimado.	228
Figura 5.2 Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación Cualitativa.	230
Figura 5.3 Mapa de relaciones entre categorías y subcategorías.....	255

LISTA DE TABLAS

Tabla 3.1 Modelo de Szasz y Hollander según el grado de participación.....	92
Tabla 3.2 Modelo de Von Gebsattel según el grado de personalización.....	93
Tabla 3.3 Modelo de Tatossian según el grado de objetivación.....	93
Tabla 3.4 Variables y estresores laborales predictores del burnout.....	112
Tabla 3.5 Ejemplos del Síndrome de Fatiga/Agotamiento por Compasión. Áreas de Función Personal y Profesional.	121
Tabla 3.6 Dimensiones de la Resiliencia.....	129
Tabla 3.7 Resumen de las intervenciones sobre la angustia emocional.	148
Tabla 3.8 Formación continuada 2014.	158
Tabla 3.9 Formación continuada 2015.	159
Tabla 3.10 Formación continuada 2016.	159
Tabla 4.1 Elementos que intervienen para transformar la idea de estudio en el problema de investigación.	182
Tabla 4.2 Contextualización y planteamiento del problema.	183
Tabla 4.3 Características de las personas participantes en el estudio.....	195
Tabla 4.4 Servicio y actividad desempeñada.....	207
Tabla 4.5 Fases del desarrollo de la sesión en la entrevista.....	214
Tabla 5.1 Correlaciones entre las variables exógenas del modelo.	229
Tabla 5.2 Correlaciones entre las variables endógenas del modelo.	229
Tabla 5.3 Entrevistas realizadas y duración.	231
Tabla 5.4 Codificación cromática.....	231

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 6.1 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 1.	247
Gráfico 6.2 Autocuidado: Entrevista nº 1.	247
Gráfico 6.3 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 2.	248
Gráfico 6.4 Autocuidado: Entrevista nº 2.	248
Gráfico 6.5 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 3.	249
Gráfico 6.6 Autocuidado: Entrevista nº 3.	249
Gráfico 6.7 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 4.	250
Gráfico 6.8 Autocuidado: Entrevista nº 4.	250
Gráfico 6.9 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 5.	251
Gráfico 6.10 Autocuidado: Entrevista nº 5.	251
Gráfico 6.11 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 6.	252
Gráfico 6.12 Autocuidado: Entrevista nº 6.	252
Gráfico 6.13 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 7.	253
Gráfico 6.14 Autocuidado: Entrevista nº 7.	253
Gráfico 6.15 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 8.	254
Gráfico 6.16 Autocuidado: Entrevista nº 8.	254

LISTA DE ABREVIATURAS

CVL: Calidad de Vida Laboral

EU-OSHA: Agencia de la Unión Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

EUROFOUND: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo

FC: Fatiga por compasión

MBI: Maslach Burnout Inventory

MPS: Modelo teórico de Promoción de la Salud

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PE: Personal de Enfermería

RAE: Real Academia Española

SC: Satisfacción por compasión

SST: Seguridad y Salud en el Trabajo

CAPÍTULO 1

PRIMEROS PASOS AL INICIO Y ORIGEN DE LA TESIS

CAPÍTULO 1

1. PRIMEROS PASOS AL INICIO Y ORIGEN DE LA TESIS

El presente documento como «Tesis Doctoral», ha sido elaborado como trabajo de investigación con el propósito inicial para la obtención del grado de Doctor, pero también es justo decir que su propósito final implica, nos lleva a profundizar y permitirá seguir avanzando en la línea de investigación y campo temático abordado, puesto que la investigación sobre el mismo tiene como fin fundamental construir conocimiento con vista a su utilidad real y al respecto de una realidad determinada sobre la que confluyen dos razones:

1. Por un lado una inquietud personal vinculada a la **experiencia asistencial** sanitaria.
2. Una segunda razón como consecuencia de una **demanda externa**.

Ambas razones que más adelante quedarán clarificadas de forma más detallada, hacen referencia de forma muy genérica todavía sin especificar a la línea de la investigación, referida al «cuidado, calidad de vida, la salud y el bienestar/satisfacción» de las personas que se encargan de prestar un servicio de atención y cuidados a otras personas, y cuyo tema de forma más concreta, se encuentra muy vinculado en este caso a mi trayectoria profesional como después explicaré.

Dicha línea de investigación expresada con esos términos, quizás genere cierta confusión cuando lo que parece indicar es una visión y un contenido vinculado a la presencia de la patogénesis/enfermedad. No es exactamente ese el campo en el que pretendo indagar. Más concretamente con el planteamiento del tema, aunque en cierta medida de forma colateral está vinculado a dicho ámbito, no obstante la dirección apunta a una deseada ausencia de dicha visión, y sí en cambio desde un posicionamiento positivo de la salud o también denominado salutogénico.

Antes de iniciar el abordaje e investigación del tema señalado, surgen algunos interrogantes que no pueden pasarse por alto si se quiere trabajar con rigor y de forma metódica para centrar el estudio. Ello va referido a ir resolviendo paso a paso los siguientes aspectos:

- ✚ ¿De dónde y cómo surge el tema de estudio para esta investigación, y la motivación hacia el mismo?
- ✚ ¿Cuál es la vinculación e identificación del equipo investigador con la temática abordada?
- ✚ ¿Es pertinente el ámbito de estudio para el equipo que investiga?
- ✚ ¿Cuál es la postura epistemológica y situación teórica de la investigación?
- ✚ ¿Cuál es el interés del estudio?

Todos estos interrogantes deben ir examinándose y resolviendo como punto de partida al inicio del estudio, lo que nos lleva a poder vertebrar la investigación. Las siguientes líneas y apartados pretenden dar cuenta de ello, a modo explicativo.

Como ya he señalado en el segundo párrafo respecto a mi experiencia asistencial, esta se ha convertido en una aliada al inicio de esta aventura académica. También hay que reconocer que dicha labor no ha sido tarea fácil para quien se inicia en las actividades del “saber”, o en el mundo y doctrina de los fundamentos epistemológicos y métodos del conocimiento para la elaboración de un trabajo científico, que en este caso es la «Tesis Doctoral».

Es más, las múltiples lecturas realizadas conforme avanza la redacción del documento, dan cuenta de esta realidad en una dialéctica de ida y vuelta constante, en un intento de buscar seguridad y confianza en su redacción y escritura.

Evidentemente ello sucede por falta de madurez en este campo, y aun teniendo un:
a) Perfil académico relativamente adecuado para ello con: titulación de diplomado/grado en enfermería y máster oficial por la Universitat de València, y licenciado en ciencias políticas y sociología (especialidad: sociología) por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

b) Trayectoria laboral asistencial paralela a la actividad académica, habiendo trabajado durante 20 años en instituciones sanitarias, (centros de salud y hospitales) como auxiliar de enfermería y enfermero, y en el ámbito educativo 19 años como profesor de universidad en diferentes categorías profesionales (profesor asociado asistencial, profesor asociado y como profesor colaborador actualmente).

A pesar de todo ello, entrar en el terreno para realizar un doctorado, impone altas dosis de respeto, incertidumbre, y grandes dudas que hay que ir despejando, o por lo

menos en mi caso, así ha sucedido durante el tiempo que ha ocupado la elaboración del documento de tesis.

En este sentido tal y como habitualmente suele suceder, las sensaciones vividas y los comentarios vertidos sobre el tema por aquellas personas que han pasado o se encuentran en esta misma situación, son reiterativos en relación a esta experiencia. También hay que tener en cuenta que al embarcarse en esta aventura, las dimensiones de espacio ¿hasta dónde poder llegar o cuánto va ocupar en el tema?, y el tiempo (con momentos de avance y otros de pausa o retroceso) ¿cuánto me va a costar? Ambas dimensiones se unen en una única y en una misma dirección, y casi siempre van en contra de quien se inicia en el arte y ciencia de la investigación: el/a investigador/a de doctorado.

Tienen ambas dimensiones el espacio y tiempo la misma importancia absoluta e influyen en contra, jugando un papel fundamental a la hora de bloquear y desorientar en ciertos momentos, en el desarrollo y elaboración del documento escrito que hay que presentar.

Pero también su importancia es absoluta y a favor, por las personas que comparten ese esfuerzo. Esa es la sensación señalada y que se ha experimentado también en este caso. Resulta pues todo ello un problema difícil de abordar y que solamente se resuelve cuando personas a tu alrededor se preocupan y acompañan en el camino de inicio y en el momento final para encontrar la salida en la realización de un estudio. Tarea pacientemente llevada e impregnada de sutil sensibilidad que hacen agradable y llevadero el largo y tortuoso desarrollo de esta experiencia. De nuevo gracias Amparo, y gracias Laura.

Volviendo al tema del origen, viene a la memoria como dice la conocida canción recitada por Carlos Gardel en una de sus estrofas: "...sentir que es un soplo la vida, que 20 años no es nada...", y en efecto gran parte de razón no se le puede quitar, bajo la humilde opinión personal, y tras el hecho de empezar a trabajar en este documento.

Que es un soplo la vida, lo reconocemos simplemente con echar la vista atrás y recordar todo aquello que podamos, con un gran esfuerzo de evocación. Aquello realmente significativo y emocionalmente sensible que ha impregnado nuestra vida y permanece en la memoria para cuando necesitemos de su ayuda y así volver a recuperar esos recuerdos.

Que veinte años no es nada, cumple los mismos criterios que se recogen en el párrafo anterior. Durante 20 años suceden tantas cosas, pero realmente nuestro olvido no ha podido borrar aquello que nos ha llegado ligado de un vínculo emocional.

¿Y es verdad que se experimenta esa sensación efímera, con pequeñas dosis de hechos significantes, que son los que nos salvan de entrar en una sensación de vacío existencial? Mi respuesta es sí y por coincidencia con lo señalado en la letra de la canción y ligada a mi trayectoria profesional, 20 años de vida laboral son los dedicados personalmente a nivel asistencial.

Todos esos años han hecho posible recoger las suficientes experiencias, algunas muy significativas, como para plantear temas relacionados con los cuidados necesarios hacia los colectivos profesionales que trabajan con personas en situaciones estresantes, siendo juez y parte al mismo tiempo de las mismas.

Se combina con ello la validez y objetividad propia del que investiga sobre su experiencia y al mismo tiempo la subjetividad del abordaje, cuando se da la situación de coincidencia entre el objeto investigado e investigador, y cuyo aspecto es una constante al investigar con personas. Algo que no podemos evitar desde la posición adoptada a la hora de realizar un estudio de investigación, y que formará parte de la postura epistemológica adoptada.

1.1. Elección de la línea de investigación

Uno de los problemas principales al que posiblemente nos tengamos que enfrentar al inicio de un estudio, es la elección de la línea de investigación y el tema que será objeto del mismo.

Se plantea con ello la incertidumbre ¿cuál es el ámbito sobre el que me gustaría estudiar, y que resulte al mismo tiempo cómodo y atractivo?, y de aquí se deriva lo complejo del saber elegir. En este caso también ha sido así como seguidamente voy a señalar.

En este sentido se trata de dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Qué, por qué, para qué, a quién y cómo lo vamos a investigar?

Dar respuesta a estos interrogantes es una condición «sine qua non», para poder fundamentar el enfoque teórico, método y técnicas seleccionadas en el curso del estudio.

Ante la incertidumbre y las dudas generadas del camino a tomar, no queda otro remedio que recurrir a lo que saben las personas que consideras expertas en el desarrollo del conocimiento y la investigación: Las personas encargadas de la dirección de la tesis, (Amparo y Laura), junto con la literatura científica, manuales de investigación al respecto; y el interés personal, son sin duda los elementos clave para una buena elección.

Las posibles soluciones a la duda planteada, forman parte de las alternativas recogidas por los distintos manuales para hacer investigación. En este sentido, señalamos: “La experiencia personal y profesional (Strauss y Corbin, 1990: 35)”. [Citado en Valles, 1999, pp. 83-84].

Es pues que el interés y el campo temático a abordar, parte básicamente a partir de la vivencia propia como trabajador en el ámbito sanitario, en la actividad desempeñada como enfermero asistencial, e influido en cierta medida por una actividad personal desarrollada a la que tuve que dedicarme en calidad de delegado de prevención de riesgos laborales. Actividad que permitía aportar algo al cuidado de otras personas que también se encuentran en la misma situación.

De forma directa, dicha experiencia laboral ha contribuido al acceso a la información a través de un modo autobiográfico “desde dentro”, denominado método de observación participante, de campo, activo y directo. Experiencia que fue adquirida en su día, puesto que en este caso el investigador se encontraba inmerso en el mundo asistencial, a partir del cual el fenómeno observado y la recolección de la información, ahora se recupera a través del recuerdo con motivo del estudio.

Según Kawulich (2005), “La observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades” (p. 2).

Surge pues el estudio, de la reflexión, el día a día, el intercambio de opiniones y conversaciones mantenidas con compañeros/as, sus aportaciones y vivencias, y finalmente, una previa revisión bibliográfica para poder ir tomando contacto de lo recogido en la literatura más actual.

Sirva ello como justificación vinculada a lo señalado por Strauss y Corbin, cuando una persona se inicia en la aventura y proceso de investigación de la realidad social que se pretende abordar. En este caso, la primera elección temática sigue y cumple con estas

indicaciones.

A partir de todo ello en conjunto como elementos centrales, surgieron las ideas que dieron lugar al planteamiento de origen de la línea y tema de estudio, el cual se materializó derivado de la temática señalada al principio en este apartado y por diversos motivos que a continuación comentaré, en aspectos sobre «la calidad de vida/satisfacción/bienestar laboral en profesionales de enfermería».

Con este escenario la investigación se planteaba como una investigación teórico-empírica, en la que poder explorar y poner en relación, el diálogo teórico conceptual recogido en la literatura, con la realidad empírica ubicada en tiempo y espacio en una institución sanitaria concreta.

El ámbito geográfico en el que en un principio se pretendía llevar a cabo el trabajo de investigación, se ubicaba en el entorno hospitalario y más concretamente en el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, en el cual el interesado en calidad de enfermero ha desempeñado sus últimos años de actividad asistencial y en el que actualmente se encuentra en situación de excedencia administrativa por prestar servicios en el sector público, en calidad de profesor colaborador en la Universitat de València.

Junto a lo señalado, lo que también justificaba personalmente la decisión para elegir el tema de estudio, fue el contexto y situación atravesada recientemente por el citado hospital.

La situación referida, había supuesto grandes cambios: un antes y un después, con un nuevo emplazamiento desde finales de 2010 y principios de 2011, período en el cual se realizó el traslado del antiguo centro hospitalario y se puso en marcha el funcionamiento del centro sanitario como nuevo Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Se trataba pues de una nueva ubicación geográfica, un nuevo y moderno edificio recién construido y con altas expectativas para que el personal que iba a desarrollar su labor diaria, acogiera dicho cambio con una dosis alta de ilusión en el nuevo centro recién construido.

Ante dicha situación, la elección del tema surgía motivada como un sentimiento de añoranza y deuda, en un intento de profundizar y de manera indirecta poder contribuir, a detectar los aspectos susceptibles de mejora, mantener, y potenciar aquellos otros que

funcionaban positivamente, en el campo temático de las condiciones laborales que repercuten en el bienestar/satisfacción profesional, y dirigido hacia el resto de compañeros/as con quienes había compartido el día a día en el buque insignia de la sanidad valenciana, (el citado hospital), y en el cual ya no me encontraba al haber abandonado la nave como acabo de explicar en los párrafos anteriores.

En un principio hay que recordar que la dirección que había tomado el estudio, iba orientada para abordar el bienestar/satisfacción del personal de enfermería dedicado a la atención directa de pacientes⁴, pero con un enfoque centrado en la institución sanitaria como elementos que favorecen o dificultan dicha situación.

Por un lado se trataba de indagar el papel que jugaba la organización sanitaria, su cultura y organización sus procesos, los aspectos de liderazgo, las relaciones personales, la implicación institucional vinculada a procesos de «engagement⁵», como constructo teórico, en contraposición al burnout, estrés laboral, y las cargas de trabajo, como elementos que interfieren la actividad profesional.

No son pocas las personas que han indagado últimamente en estos aspectos, vinculando la situación al concepto de «hospital excelente o magnético», y al también cercano concepto de «engagement».

Según López Alonso (2004), la identificación de estos aspectos y la exploración de sus consecuencias sobre la satisfacción, tiene el potencial para ayudar al desarrollo de las intervenciones de mejora profesional e institucional y la capacidad de mejorar la salud y la asistencia sanitaria.

⁴ Se utiliza el término paciente, teniendo en cuenta que mucha literatura indica otros términos que denotan una acción proactiva en lugar de aludir a una situación de pasividad por parte de la persona enferma que lo espera todo o casi todo de la persona que le atiende. Es decir con poca participación en un acto de dejarse hacer lo que otra persona considere sobre él. Dicho motivo ha supuesto que en algunos casos se utilice otra terminología que no refleje la no-acción por parte de la persona enferma, y a menudo ya observamos términos como cliente, usuario del sistema sanitario, o persona enferma. No obstante el diccionario de la RAE, <http://dle.rae.es/?id=RPix2Mn> señala los siguientes términos:

“Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica”.

“Dicho de un sujeto: Que recibe o padece la acción del agente”.

⁵ El concepto de «engagement», hace referencia a la fidelidad hacia la institución u organización, el grado de compromiso o implicación personal en el contexto de las relaciones laborales.

Vinculando el estudio del «engagement» en la práctica enfermera: “Los profesionales de enfermería a menudo trabajan en entornos de práctica problemáticos, caracterizados por diversas dificultades y factores de estrés que pueden socavar la capacidad total del personal de enfermería para proporcionar una excelente atención” (Van Bogaert, Van Heusden, Timmermans, y Franck, 2014, p. 1).

En el estudio se pretendía analizar las relaciones entre las variables del entorno de la práctica de enfermería y sus intervenciones, basándose en un modelo organizativo que garantiza la consecución de un único objetivo: la excelencia. Garantía de excelencia que viene marcada por el mejor conocimiento disponible de, un modelo de hospital magnético, lo que equivale a decir un modelo de hospital excelente.

El contexto en el que me ubico para aclarar estas premisas aparece recogido en los siguientes puntos:

1. La página web del Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia, indica a nivel de información institucional en el enlace referido a la «misión, visión y valores», lo siguiente:

“El Departament València La Fe de la Agencia Valenciana de Salud quiere ser uno de los mejores sistemas integrados de servicios de salud de Europa, por sus resultados y alta calidad asistencial y tecnológica. Además, busca ser reconocido por profesionales, pacientes y entorno social como una organización excelente en todos los sentidos”⁶

El anhelo recogido en estas líneas, implica una mínima reflexión sobre aquello que se lee, y que personalmente considero parte del objeto de estudio.

2. Por un lado ser uno de los mejores sistemas de servicios de salud, implica caminar hacia la excelencia, e incorporar y valorar aspectos y características organizacionales que determinen el alcance para ello. Es decir, lograr convertirse en una institución catalogada y acuñada como ya hemos indicado, como: Hospital Magnético/Excelente.

A pesar de que los inicios fueron complicados, bajo la sospecha de generar malestar y reticencias por parte del personal a la hora de recabar información sobre la satisfacción y bienestar laboral como consecuencia del cambio producido, con anhelo y esperanza se empezó a trabajar sobre dicha inquietud, estableciendo los contactos necesarios con la

⁶ Día de consulta 12/3/16. Disponible en: <http://www.lafe.san.gva.es/mision-vision-y-valores>

dirección de enfermería del hospital, para solicitar la autorización y establecer colaboración que facilitara el acceso a la recogida de la información.

En ese momento inicial y dentro del planteamiento, ya cabía la posibilidad que el tema pudiera plantear dificultades y/o también malestar por parte del personal sobre el que se recogería y al que se le solicitaría colaboración para obtener la información si institucionalmente no se entendía como una oportunidad para la mejora laboral, subsanando las posibles deficiencias detectadas o potenciando las mejoras existentes.

Poco tiempo pasó y esa primera idea temática tomó cuerpo coincidiendo la misma con la convocatoria que se realizó desde el Vicerrectorado de Investigación y Política Científica de la Universitat de València, conjuntamente con el Hospital Universitari i Politècnic La Fe/Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, fruto de un convenio institucional: «Programa VLC-BIOMED de ayudas para el fomento de la colaboración en I+D+I y cooperación en actividades de investigación y desarrollo tecnológico e innovación en materia de salud», entre personal investigador y profesionales clínicos de ambas instituciones. Como consecuencia de dicha convocatoria, ello dio lugar a la solicitud de un proyecto de investigación que se planteó aprovechando la temática elegida, entre quienes estábamos trabajando en esta tesis y profesionales del Staff de enfermería en la institución sanitaria.

De las reuniones mantenidas para ello, se evidenció lo interesante y conveniente como elemento de mejora, valor añadido para las personas trabajadoras y al mismo tiempo para la propia institución sanitaria.

La comisión encargada de la resolución y concesión de ayudas a los diferentes proyectos presentados, desestimó la solicitud, cuya temática versaba como se ha señalado, sobre la actividad laboral desempeñada y la satisfacción/bienestar personal en el entorno de trabajo en profesionales de enfermería.

Puesto que la idea y tema para la tesis seguía considerándose atractiva, se decidió continuar en esa línea a pesar de no haber sido elegido el proyecto presentado.

Con todo a pesar de ello se continuó manteniendo la alianza y el contacto a nivel institucional para canalizar el estudio y conseguir el acceso, permiso y autorizaciones necesarias que permitieran seguir con el mismo.

La mala fortuna planteó una nueva situación y provocó un pequeño giro en el rumbo

previamente establecido y respecto a nuestro objeto de estudio.

Fueron una serie de condicionantes coyunturales del momento, y coincidiendo en espacio y tiempo con el período etiquetado como: “*crisis del virus ébola*”, información en periódicos de la masificación del centro asistencial como consecuencia de la época de gripe, las noticias de falta de recursos materiales y humanos que aparecían en los medios de comunicación y finalmente la situación e incertidumbre del contexto político en vísperas de elecciones. Todo ello fue lo que motivó su consideración sobre lo oportuno o no para seguir con el estudio desde la línea de trabajo de la satisfacción laboral.

A pesar de que las noticias vertidas en los medios informativos puedan o no, recoger en cierta medida lo que realmente sucede en la realidad y que dicha situación nos acompaña día a día en algunos casos como ruido mediático, la situación nos planteó serias dudas para seguir por el camino elegido, y provocó el abandono de esa primera línea de investigación.

Todo ello supuso un período de espera y consideración sobre lo adecuado y factible de abordar la satisfacción laboral, sin que ello pudiera generar más malestar añadido al que ya se intuía y luego se supo que existía⁷.

A partir de esta duda inicial e incertidumbre, se consideró que lo más oportuno sería otro enfoque temático sin llegar a abandonar el interés de inicio, y parte de lo que en un principio ya se disponía.

Entonces surge de nuevo el interrogante: ¿Cómo encontrar, reconducir y concretar de nuevo el tema de estudio?

Por otro lado también se indica por parte de Strauss y Corbin⁸, una segunda fuente alternativa en donde poder determinar la línea de investigación y el tema objeto de estudio. En este caso se trata de las sugerencias o inquietudes del personal investigador experimentado, y que en este caso concreto viene dada por parte de las encargadas de la dirección de esta tesis. Esta consideración sirvió para reconducir el tema de estudio sin

⁷ Un primer sondeo y conversaciones con diferentes profesionales de algunas unidades asistenciales y dado el hecho de haber ejercido el rol de observador participante en dicha institución en años anteriores, hizo que se decidiera retomar el tema con un nuevo enfoque, puesto que el malestar y la insatisfacción laboral se manifestaban constantemente por parte del colectivo de enfermería con el que se habló.

⁸ Valles. Op. cit., p. 84.

tener que prescindir de la idea inicial, dado el interés compartido que suscitaba combinar ambas perspectivas y fuentes para ello, y que en este caso confluyen formando una unidad básica como punto de partida para el reinicio del trabajo, que como ha quedado indicado al principio desde el enfoque positivo con el modelo de salutogénesis, se establece en el papel del «autocuidado» personal.

Por lo tanto el punto de partida de este estudio se inicia a partir de una inquietud de la realidad vivida, las experiencias personales, de la observación, la sensación percibida manifestada y por la existencia de situaciones que podrían considerarse problemáticas⁹. Situaciones en las que el «autocuidado» tenía un papel decisivo.

1.2. Planteamiento y diseño del estudio

Con esta nueva orientación se estructura un documento flexible en cuanto a su confección se refiere. Se justifica por ello al poder disponer de diferentes fuentes de información y datos previos para su elaboración.

A partir de la pluralidad de información y materia prima de inicio de la que ya se disponía por parte de la dirección de la investigación obtenida y medida a través de un cuestionario, en principio aun siendo pertinente al tema de estudio, resultaba y era necesario como se ha indicado, buscar las conexiones y al mismo tiempo idear un enfoque desde la experiencia del investigador, que permitiera ir cerrando puertas en función de todo aquello que se considerara oportuno entre el planteamiento inicial y el nuevo enfoque que se le iba a dar.

⁹ Considero oportuno hacer referencia en este punto, a una serie de relatos que se presentan en el apartado de anexos. Estos relatos personales biográficos, acompañan anualmente mi actividad como docente en la titulación de enfermería, en un intento de llamada de atención para anteceder posibles situaciones futuras en el desempeño laboral de la profesión. Se trata de situaciones vividas en el entorno laboral, que a simple vista no resultan, o no deberían resultar nada especiales, y seguramente nada trascendentes dentro del mundo sanitario, pero que, cuando se experimentan personalmente como ha sido en este caso, impactan, dejan huella y sirven como ejemplo de situaciones que son explicadas al alumnado para la reflexión y preparación como profesionales. Dichas situaciones, pueden ser ubicadas en los contenidos desarrollados en el marco conceptual cuando se habla del estrés laboral, el burnout, la fatiga/satisfacción por compasión y otros tantos conceptos parecidos en esa misma línea. Ver (**Anexo-1**).

1.3. Elección del tema objeto de estudio

En el nuevo enfoque temático, la atención se centra en el propio sujeto. Concretamente se busca el estudio sobre aspectos protectores de la Calidad de Vida Laboral (CVL), que desde el «autocuidado» personal, permiten al colectivo profesional desempeñar su trabajo asistencial frente a situaciones estresantes, críticas o complejas por la actividad profesional. Es lógico entender que también se encuentran vinculados los diferentes factores protectores institucionales con aspectos del bienestar/satisfacción laboral, pero en este caso la vía de acceso a la información discurre por otro camino, concretamente desde la propia persona trabajadora. Precisamente, analizar las características, causas y consecuencias del «autocuidado» en la CVL, es una parte importante a la hora de abordar su contribución y potencial en la atención de la salud a las personas, y constituirá el motivo de nuestro trabajo.

En ese sentido, para el tema de estudio que se plantea, siguiendo a Guba y Lincoln [citado en Denman y Haro, 2002, pp. 120-121], es necesario cubrir y definir dentro del paradigma de la investigación los siguientes niveles o dimensiones¹⁰:

1) Nivel ontológico: A partir de la naturaleza de la realidad del objeto de estudio. En este sentido se trata del constructo teórico de «Calidad de Vida Laboral y «autocuidado», dentro de una realidad empírica basada en la experiencia del cuidado asistencial.

2) Nivel epistemológico: En función de la estrategia y posicionamiento del sujeto investigador frente al objeto investigado para construir conocimiento.

3) Nivel metodológico: La forma, camino trazado y métodos seleccionados para realizar el estudio.

El nivel epistemológico y metodológico, serán posteriormente desarrollados en el apartado referido a la heurística y postura adoptada en la investigación.

¹⁰ Dimensión o pregunta ontológica (the ontological question) acerca de la naturaleza de la realidad abordada por la persona que investiga; la dimensión o pregunta epistemológica (the epistemological question) referida al acceso, situación del sujeto investigador frente a la realidad investigada y construcción del conocimiento; y la dimensión o pregunta metodológica (the methodological question) respecto a los modos y formas de investigar.

1.4. Tipo de estudio

Establecido el objeto de estudio, como constructo teórico y ubicado a nivel empírico en un contexto de tiempo y espacio referido a las personas sobre las que se va a estudiar, podemos indicar que nuestro tipo de estudio se trata de una investigación teórico-empírica, en base a dos criterios:

a) Por un lado se trata de explorar el constructo que forma parte del mundo de las ideas o conceptos de naturaleza teórica, referido concretamente a la CVL y al papel del «autocuidado» realizado por las propias personas que desempeñan su labor asistencial en situaciones “estresantes, conflictivas, críticas, de sufrimiento...” y desde el punto de poder enfrentarse a las mismas de forma satisfactoria.

b) En segundo lugar, la realidad empírica donde se ubica en espacio y tiempo: Las propias acciones de los sujetos (profesionales de enfermería), en los contextos donde desempeñan sus funciones. De esta manera, se trata de establecer el diálogo teórico de los datos obtenidos de la realidad empírica con el contenido conceptual estudiado.

1.5. Antecedentes directos y teóricos del estudio: Ejes temáticos

El establecimiento de los elementos centrales o ejes temáticos para poder contextualizar nuestro objeto de estudio, constituye uno de los pilares por los que tiene que atravesar fundamentalmente nuestro marco teórico.

Por aproximación a la vinculación e identificación del equipo investigador, y siendo pertinente con la temática abordada, podemos señalar antecedentes directos y teóricos.

Por **antecedentes directos**, entendemos aquellos que son vinculados al propio equipo investigador y que por la naturaleza de los mismos tienen relación con la investigación. De forma directa por el conocimiento de la realidad a investigar de la persona que investiga, o de forma ajena pero cercana en el entorno, por estar conectados con la investigación a través de otras personas que llevan una línea de investigación similar (material, y datos procedentes desde la dirección de la tesis), en este caso referidos a investigaciones a escala internacional para el estudio del «autocuidado» en el ámbito profesional de atención al sufrimiento y situación terminal como ya se ha indicado al principio en el apartado de nota de lectura y estructura de la tesis.

Se trata de una línea de investigación que en la actualidad está consolidándose y fruto de ello ya está obteniendo resultados y producción científica con publicaciones en revistas de impacto de primer nivel, y tesis doctorales leídas por parte del equipo investigador. Este material tan valioso es el elemento que articula lo que ya se está investigando con lo que se va a desarrollar en este estudio. Por dicho motivo la producción científica de estos últimos años de la que se dispone por parte del equipo investigador sobre esta línea de investigación, es el sustrato sobre el que descansa este nuevo material con esta investigación. Ello persigue incrementar y contribuir a la construcción de conocimiento del «autocuidado» profesional, dentro del cual, el investigador se siente totalmente identificado.

Por **antecedentes teóricos**, entendemos aquellos de naturaleza conceptual realizados en otras investigaciones, que serán utilizados junto con los anteriores y que se encuentran más alejados, pero son pertinentes al tema a estudiar. Estos recogen el estudio en profundidad, la elaboración de teorías, antecedentes y conceptos, realizado por autores y autoras sobre la investigación que se pretende llevar a cabo.

Dicho de otro modo constituyen la primera revisión de la literatura, para establecer el marco teórico referencial y conceptual que fundamenta el estudio.

Podemos señalar por tanto que, términos como «*el burnout, la psicología positiva, resiliencia, salutogénesis, interacción profesional-paciente, situaciones estresantes, empatía, satisfacción y fatiga por compasión (SC y FC)*», y otros conceptos relacionados, constituyen así los elementos teóricos o términos para centrar el enfoque, sobre nuestra realidad de estudio: La CVL y el «autocuidado».

Así pues, estos son los ejes temáticos que conformaran posteriormente el estado del arte del estudio.

1.6. Campo disciplinar general y específico

El campo de conocimiento general en el que se ubica el estudio, se encuentra en la salud y directamente vinculado a las disciplinas de ciencias de la salud.

Dentro de las actividades diarias de los diferentes trabajadores y trabajadoras de los centros sanitarios, son las derivadas del entorno laboral, de la interacción personal y atención directa con pacientes, las que pueden suponer un mayor nivel de conflicto o

consideradas altamente estresantes. Por ello de forma específica situamos el ámbito disciplinar, en el colectivo de enfermería, su CVL y sus mecanismos de «autocuidado» frente a dichas situaciones del desempeño laboral de las actividades asistenciales.

Se trata de aportar y contribuir al conocimiento en el constructo del «autocuidado» y sus dimensiones, de manera que su estudio permita comprender el papel que juega como mecanismo protector de la salud y la CVL.

1.7. Finalidad del estudio: Propósito y justificación

En general el desarrollo de un estudio de investigación, tiene como finalidad incrementar y contribuir a la construcción de conocimiento sobre un tema particular abordado. En el caso de nuestro estudio, se trata de construir conocimiento y desarrollar teoría del constructo: «autocuidado» y la CVL, en el ámbito profesional. Por ello se trata de identificar, comprender, y dotar de significado en este tema, y por lo tanto adquiere valor el conocimiento en profundidad que se obtenga mediante su exploración, también para futuros estudios.

El propósito va referido al impacto futuro que buscamos, en el sentido de: ¿qué podemos hacer una vez dispongamos de dicho conocimiento construido? — Potenciar el concepto para implementarlo en la actividad profesional —. Además de mejorar el cuidado personal y calidad de vida, contribuirá a la ampliación y mejora del desempeño y productividad laboral, puesto que un personal involucrado con niveles altos de «autocuidado», mejor estado físico y mental, podrá proporcionar mejores servicios y fidelización en el puesto de trabajo, o al menos se encontrará en mejor disposición para el desempeño de su actividad asistencial diaria.

Todo ello puede contribuir a cómo podemos prestar una atención más eficiente, es decir, desempeñar la prestación del servicio buscando la mejor relación posible entre los recursos empleados y los resultados obtenidos. De esta forma y consecuentemente, su implicación para la práctica profesional, obliga al conocimiento sobre la existencia de distintos procesos (burnout, FC, estrés laboral...), que también afectan tanto al que presta el servicio del cuidado, como también al que lo recibe.

Es necesario reflexionar y tomar conciencia de su posible afectación, conocimiento de los posibles factores de riesgo, formas de manifestación y estrategias de prevención

personales e institucionales para evitar dichas situaciones.

Sirve también al propósito de eficacia y efectividad en el momento de actuar de forma correcta, responsable y bien en cada caso, de manera que nuestras acciones conduzcan a la consecución de los resultados deseados para las personas atendidas y lo establecido institucionalmente. En este caso mediante factores protectores.

El estudio es pertinente, relevante y se plantea dentro del contexto de los cuidados y la atención sanitaria prestada donde el interés sobre el tema puede contribuir a la mejora de los mismos y bienestar del personal que los dispensa. Su justificación por pertinencia al interés personal, relevancia e importancia social, se encuentra vinculada al valor y crecimiento del constructo teórico del «autocuidado» como variable predictora de la CVL.

Su implicación práctica, por su utilización y trascendencia sobre cómo puede afectar directa/indirectamente para contribuir a la mejora personal/profesional como recurso y principal activo de una organización/institución como criterio de excelencia, eficiencia y calidad de los recursos humanos (RR.HH) que dispone, y al mismo tiempo como beneficio en la atención de los servicios prestados sobre personas enfermas, también con garantías calidad y seguridad.

Todos estos aspectos denotan la importancia para la realización de la investigación, por la contribución teórica, y aplicada con su implementación para la práctica en la atención sanitaria.

Además contribuirá al desarrollo de futuros estudios sobre esta problemática, que permitirá extenderse a otras instituciones e implementar medidas y estrategias que contribuyan a mejorar de forma directa el «autocuidado» de los RR.HH, e indirectamente para usuarios y usuarias del sistema sanitario con el fin de generar una mejor calidad de atención, y por ello resulta conveniente la realización del mismo, puesto que su temática es incipiente en el ámbito de la CVL.

CAPÍTULO 2

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 2

2. INTRODUCCIÓN

Y os digo que la vida es realmente oscuridad, salvo allí donde hay entusiasmo. Y todo entusiasmo es ciego, salvo donde hay saber. Y todo saber es vano, salvo donde hay trabajo. Y todo trabajo está vacío salvo donde hay amor. ¿Y qué es trabajar con amor? Es poner, en todo lo que hagáis, un soplo de vuestro espíritu.
-Khalil Gibran, (s.f)-

Dentro del campo de la salud, y más concretamente desde el ámbito de las instituciones al cuidado de la misma, es necesario prestarles la suficiente atención también a las personas encargadas de dicha actividad.

En general podemos señalar que la tradición histórica del estudio sobre la salud, la enfermedad, sus procesos o situaciones, se ha centrado mayoritariamente en lo negativo o patológico. En el caso concreto de la CVL, ha recogido la problemática derivada de diferentes síndromes o procesos que han incorporado la pérdida o disminución del estado de salud (*burnout, fatiga por compasión, trauma secundario, estrés laboral...*).

No obstante esta visión no deja de ser únicamente una forma de entender el fenómeno, que sin restarle importancia a la misma debe ser complementada con un enfoque positivo, pro-salud.

Así podemos señalar alguno de los siguientes aspectos: (*psicología positiva, engagement, resiliencia, satisfacción por compasión, empatía, ecpatía, satisfacción laboral, autocuidado, y bienestar psicológico*), desde las capacidades y la potencialidad de la naturaleza humana, para sobreponerse a situaciones adversas. Estos han sido menos estudiados que los anteriores, pero resultan tanto o más importantes, y de alguna manera complementarios.

Se trata pues de una visión salutogénica, y centrada en los procesos y dimensiones, que desde nuestro planteamiento se centra en el aspecto del «autocuidado» de la propia persona, como objeto de estudio, y que en su desempeño laboral se encarga de prestar la atención sobre otras personas. Ambas perspectivas confluyen estableciendo con ello el nivel de calidad de vida en el entorno laboral.

2.1. Calidad de Vida Laboral

El estudio de la CVL ha planteado controversias entre los investigadores e investigadoras, a la hora de establecer una definición para elaborar un concepto claro y operativo. En algunos casos ha sido considerada como una filosofía en el entorno de las organizaciones, en otros casos como proceso, y por otro lado también definida como una meta, incluso en parte de la literatura la señalan indistintamente como Calidad de Vida Profesional. Al mismo tiempo se han elaborado definiciones sobre la misma considerando aspectos objetivos, vinculados sobre todo con el entorno organizacional, y también de la actividad realizada (carga laboral, horarios, tipo de contrato, riesgos, tipo de atención prestada, tipo de pacientes), y subjetivos relacionados con la percepción personal de bienestar. Por tanto ello dificulta el poder establecer un modelo operativo para su posible medición. No obstante desde nuestro enfoque centrado en profesionales, recogemos la definición de González, Peiró y Bravo (1996). [Citado en da Silva, 2006].

“Desde una perspectiva personal la CVL puede ser definida como la estimación o la apreciación subjetiva del conjunto de compensaciones que se obtienen del entorno y de la actividad laboral y que responden, en niveles satisfactorios, a las demandas, expectativas, deseos y necesidades de esa persona en el propio trabajo y fuera de él” (p. 13).

La CVL tiene que entenderse como un proceso en el que se recoge lo que la persona siente y percibe en relación con el entorno de trabajo y su actividad o rol desempeñado. En nuestro caso incluye el bienestar personal y el grado de satisfacción en el trabajo de atención, y ayuda a otras personas (pacientes). Es lo que señala la literatura al hablar del **burnout, FC y SC** (Stamm, 2005), incluyendo en nuestro caso el **bienestar psicológico** y sus diferentes componentes según indica (Díaz et al., 2006):

- *Auto-aceptación*: Referido a sentirse bien con sí mismo, a pesar de conocer las limitaciones y tener actitudes positivas.
- *Relaciones positivas con otras personas*: Incluye relaciones sociales estables y amistades en las que se pueda confiar, incluso la capacidad para expresar amor.
- *Autonomía*: Mantener cierto grado de individualidad, independencia y autonomía.
- *Dominio del entorno*: Implica la habilidad personal de buscar, controlar y situarse en contextos y entornos favorables según deseos y necesidades.
- *Propósito en la vida*: Tener metas, y objetivos. Es decir, algo por lo que la vida tenga un sentido.

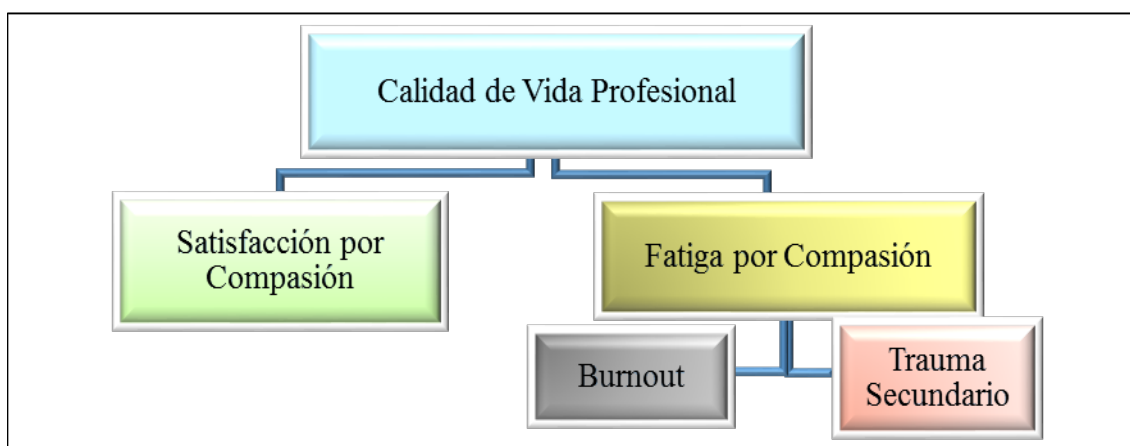
- *Crecimiento personal*: Necesidad de desarrollar sus potencialidades, capacidades y búsqueda de la autorrealización.

Estos aspectos comentados, junto con el señalado por Stamm (2005), establecen nuestro modelo de trabajo, a pesar de que el autor ha desarrollado otro en 2010 como podrá verse a continuación, se ha decidido que esta primera versión mucho más concreta. En ese sentido, podemos tener valoraciones dentro de un espectro de posibilidades que pueden oscilar desde la buena a la mala CVL. No obstante, las cifras que se manejan en el caso de una mala CVL, y por los diferentes riesgos que la afectan, dan cuenta de la magnitud del problema.

Se ha afirmado que los riesgos psicosociales acaparan más de un tercio de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo y que un 17% de las bajas laborales están vinculadas a estas patologías. Además se ha señalado que el 30 % de los trabajadores europeos sufre estrés laboral, pero hay que tener en cuenta que con frecuencia, bajo el amplio paraguas del diagnóstico de estrés laboral, no sólo se contempla el estrés laboral, sino también el *burnout* y el *mobbing* lo que ha generado cierto grado de confusión. Aun así, los datos europeos constatan que el 9% de los trabajadores han manifestado sentirse afectado de *mobbing*, un 20% de europeos sufre el síndrome de *burnout* y un 22% padece algún tipo de estrés laboral, (...). [Izquierdo, 2012, párr. 2].

Con ello se incluyen ambos aspectos, tanto los positivos como los señalados de forma negativa en la siguiente (**Figura 2.1**), y que pueden afectar a diferentes profesiones del sector servicios (profesionales de la salud, trabajadores/as sociales, terapeutas, pedagogos/as y educadores/as, policías, psicólogos/as, bomberos...), que prestan una atención directa y de ayuda a personas que por diferentes motivos necesitan de la misma.

Figura 2.1 Diagrama de Calidad de Vida Profesional.



Fuente: Elaboración propia. Obtenido de (Stamm, 2010, p. 8).

La percepción de la satisfacción laboral, medida como la calidad de vida en el trabajo, se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención de la organización por ser una garantía del mantenimiento del capital humano, y por haber demostrado su incidencia sobre los resultados de la práctica profesional. La percepción de la calidad de vida en el trabajo es una variable de interés para las organizaciones sanitarias y que, por tanto, debe ser medida con precisión y exactitud. (Fernández et al., 2008, p. 328).

Por tanto como señala Gil-Monte (2003), es necesario atender al bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la actividad desempeñada y la eficacia de las organizaciones. Situaciones como el estado de salud física y mental del personal repercuten en la institución (absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Y puesto que estas situaciones etiquetadas como desgaste, agotamiento, o quemarse por el trabajo, tienen una gran incidencia en profesionales que prestan una función asistencial o social, como es el caso del personal de enfermería, el deterioro de su CVL repercute personalmente y también en el desempeño de su actividad. Así podemos señalar que el valor que supone el bienestar del personal que trabaja en contextos estresantes, es un aspecto crucial tanto para el desempeño como para la salud y específicamente en el caso que nos ocupa del personal de enfermería.

Recordemos que aunque es utópico el concepto de salud de la OMS, y difícilmente operativo cuando señala el término “completo”, por otro lado sigue la definición señalando el término de “estado de bienestar”. Aspecto importante al uso en nuestro caso.

Este estudio pretende aportar algo más a los ya realizados, pero de forma más específica, puesto que hay poca literatura que se haya ocupado del bienestar en este colectivo, en parte debido a la falta de precisión en la definición del concepto que se estudia. La revisión de la literatura realizada por Galiana, Oliver y Sansó, ya dan cuenta de este detalle¹¹. En la revisión se obtuvieron 381 manuscritos, de los que finalmente tras la revisión solo 13 fueron incluidos. Solo 2 fueron realizados en España.

Respecto a la definición de bienestar, las autoras señalan lo siguiente:

A lo largo de la literatura, dos perspectivas tradicionales han surgido en el estudio del bienestar, las opiniones hedónicas y eudaimónicas (Ryan y Decy, 2001). El bienestar

¹¹ Información facilitada por parte de las autoras, del capítulo (Palliative care professionals' quality of life: an integrative, systematic review. Libro en prensa y pendiente de publicar: *Palliative Care Perspectives, Practices and Impact on Quality of Life*" ed. Michael Silbermann.

hedonista o subjetivo equipara el bienestar con la felicidad o el placer hedónico, conceptualizando así el bienestar como felicidad subjetiva, la experiencia del placer frente al desagrado (Ryan y Decy, 2001). Este enfoque se centra en el funcionamiento y la experiencia humana inmediata y plantea una relación causal entre el bienestar o la felicidad y los resultados y el logro de metas (Diener, Sapyta, y Suh, 1998). El modelo de bienestar eudaimónico o bienestar psicológico (PWB), a su vez, alienta a los individuos a vivir de acuerdo con su verdadero ser (Waterman, 1993). Esta perspectiva enfatiza que esos mecanismos están asociados con el funcionamiento y ajuste de la salud humana. A pesar de que la mayoría de los investigadores están de acuerdo con la definición general de que el bienestar es un "funcionamiento y experiencia psicológica óptimos" (Ryan y Decy 2001, p.142), sigue habiendo un debate sobre su naturaleza.

El colectivo de enfermería como profesión del sector servicios al cuidado de la salud, a menudo desempeña su actividad laboral en entornos y contextos problemáticos, caracterizados con altos niveles de estrés y factores que pueden comprometer y socavar la capacidad para proporcionar una excelente atención hacia las personas enfermas. Estas situaciones someten a un alto grado de exigencia al conjunto global de la persona en su desempeño profesional e interfieren el funcionamiento global de las instituciones, lo que supone que sea una ocupación emocionalmente compleja y se vea comprometido el bienestar psicológico en esta profesión (Pisaniello, Winefield, y Delfabbro, 2012).

No obstante los contextos y situaciones no siempre recogen situaciones problemáticas. Ello más bien viene determinado por el contexto laboral, el tipo de actividad desempeñada y situación personal.

Por poner algún ejemplo, no es lo mismo trabajar en el entorno hospitalario que en centros de atención primaria¹². No es lo mismo tener contratos temporales, que ser personal fijo de plantilla. No es lo mismo cuidar pacientes oncológicos o terminales, que trabajar en un despacho, no es lo mismo atender a población infantil que a población anciana, no es lo mismo trabajar con turno rotatorio (mañanas, tardes, noches), que turno fijo de mañanas, no es lo mismo trabajar de lunes a viernes, que días festivos. Y así un largo etcétera.

Como indican Fernández, Jiménez y Casado del Olmo (2007), en una investigación sobre el personal de enfermería en Atención Primaria de Soria (España), en la cual se realizaron 104 encuestas utilizando el instrumento CVP-35 para la medición de la calidad

¹² Afirmación que señalo en base a mi propia experiencia y lo recogido en la literatura consultada.

de vida profesional, las conclusiones a las que llegaron, señalan una puntuación aceptable en la calidad de vida global percibida y la capacidad para desconectar del trabajo estaba por encima de la media. Señalan también que este aspecto puede incluso verse mejorado ante un aumento del apoyo directivo y de la motivación intrínseca.

Al mismo tiempo, las personas que desarrollamos esta actividad y prestamos este tipo de servicio, a pesar de situaciones en mayor o menor medida problemáticas, también señalamos el alto grado de satisfacción que nos produce la atención sanitaria prestada¹³ al proporcionar ayuda, vigilancia, atención y cuidados, a una persona enferma que lo necesita o también incluso a su núcleo familiar si fuera necesario.

Los estudios muestran consistentemente que el trabajo voluntario, la acción de ayudar y de dar, están asociados a una elevada satisfacción con la vida y una buena salud. De hecho, el acto de dar parece ser más beneficioso para el donante que para el receptor. (Brown, Nesse, Vinokur y Smith, 2003). [Citado en Park, Peterson y Sun, 2013, p. 15].

No obstante dicha situación siempre es matizable como se ha podido observar en el diagrama de calidad de vida visto anteriormente, y no podemos asegurar que se mantenga constante a pesar de nuestro deseo, en función de multitud de factores, del contexto y también por parte de la situación en que se produce la interacción profesional-paciente durante la atención prestada, lo que repercute en la CVL, y provoca una correcta o incorrecta relación terapéutica. Es posible la existencia de diferencias, por las actitudes personales, aspectos culturales, creencias, aspectos psicológicos-cognitivos, e incluso también físicos, y todo ello es determinante en dicho proceso. Por un lado en función de la situación en que se encuentra la persona enferma, o el estado en la que se encuentra la persona que presta la atención.

Así con ello se produce una respuesta evaluativa en la que los aspectos cognitivos (ideas, creencias), estados emocionales, conductuales, motivaciones y posibles expectativas, entre otros muchos relacionados, influyen y se conectan entre sí. Consecuentemente, en función de estos aspectos, se produce un balance entre las demandas externas y los recursos personales del y la profesional de la salud a la hora de desarrollar su actividad asistencial. En cualquier caso, la atención a procesos de

¹³ La atención sanitaria prestada, entiéndase en su conjunto. Es decir hacemos referencia a las intervenciones científico-técnicas, de acompañamiento y comunicación, suplencia de necesidades..., que convierten la praxis de una profesión en arte y ciencia de forma conjunta.

morbimortalidad produce un desgaste, lo que no significa necesariamente un problema. El coste que se asume en esta situación es elevado en aspectos como la calidad de vida personal y familiar, el desempeño laboral, mantenimiento de las relaciones sociales, disponibilidad de tiempo libre y realización personal..., afectando a la naturaleza biológica, psicológica, social y espiritual de la persona, lo que todo ello podríamos comparar con el término denominado «coste de oportunidad¹⁴».

Es un engaño pensar y dejar creer al público que se puede cuidar a cualquier precio, y que se puede contribuir a hacer renacer la vida, a mantenerla si uno mismo no vive, si la presión de la demanda que se ejerce sobre la vida física y afectiva de los cuidadores sobrepasa un umbral de supervivencia. Igual que las personas cuidadas, las enfermeras y enfermeros tienen umbrales de tolerancia para la posibilidad de cuidar. (Collière, 1997, p. 324).

Según González et al. (2011), la acción del cuidado referido al ámbito familiar, suele suponer problemas de salud a nivel físico, mental y supone consecuencias negativas en el bienestar psicológico, malestar y estrés. Toda esta problemática puede ser conceptualizada con el término general de carga, susceptible de ser medida de forma muy aproximada mediante diferentes formas y herramientas. Por ejemplo, mediante la escala de Zarit reducida en el caso de los cuidados paliativos.

En nuestro caso no es muy distinto y también lo podemos trasladar al cuidado asistencial para poder visualizar dichos costes en la acción del cuidado.

No obstante, a pesar de que los datos cuantitativos o cualitativos obtenidos, no pueden recoger la totalidad de aspectos que este hecho implica, por otro lado sí puede suponer llegar a hacernos una idea de la magnitud real del problema.

Es lógico pensar que ese precio que hay que pagar, puede repercutir de forma negativa en la persona y su entorno. En nuestro caso se trataría de la supuesta situación en la que la atención implique pérdidas personales del estado funcional en la que se encontraba previamente la persona, que en nuestro caso hace referencia a la persona trabajadora.

¹⁴ Dicho coste de oportunidad en el área de economía se refiere o equivale a aquello de lo que uno/a se priva o renuncia cuando hace una elección o toma una decisión, puesto que se produce una afectación o pérdida, que en nuestro caso aplicado al área de los cuidados en salud, se refiere a los aspectos emocionales, sobrecarga y agotamiento físico, como el coste que se paga derivado de trabajar con personas enfermas.

Los costes directos comprenden los directamente relacionados con los recursos (el tiempo empleado del personal, y el impacto sobre el desgaste físico y emocional) entre otros muchos. En ese sentido los problemas derivados tras la aparición de estas situaciones, plantean dichos costes, en la forma de atención y de cuidados prestados sobre las personas, lo que repercute al mismo tiempo de manera muy diversa en las propias instituciones.

El gasto que ello supone en términos económicos y de productividad a las instituciones y la sociedad en general, ya viene recogido por la literatura. Según Austin, Goble, Leier y Byrne (2009), por ejemplo viene derivado de tener profesionales que altamente capacitados para el trabajo, como consecuencia de dicha situación de desgaste, se encuentran con problemas de salud y ello al mismo tiempo repercute en un desajuste del desempeño de rol para el mantenimiento de estándares de calidad en la institución, tanto en el resultado del producto como en el proceso para su logro.

Esta situación como ya se ha señalado en párrafos anteriores, también ha sido ampliamente estudiada en el contexto de los cuidados informales, bajo el epígrafe de sobrecarga de la persona cuidadora. En este caso se trata del desgaste que supone dedicarse a la persona enferma o dependiente por parte de personas cercanas del entorno familiar o del servicio doméstico privado, pero bajo las condiciones de tratarse de cuidados no especializados, o con niveles inferiores de formación. En nuestro caso se trata de cuidados formales, en los que la atención es prestada por personas con formación y competencia para ello.

Este tipo de atención y cuidados se basan en intervenciones científico técnicas y en mayor o menor medida de tipo afectivo dentro de la relación interpersonal de la interacción profesional-paciente. En este sentido sabemos que no siempre suceden de forma o en una situación ideal con altos grados de satisfacción, bienestar y desempeño.

Por ello cuando las personas son sometidas a situaciones problemáticas, estresantes, o críticas en los procesos de interacción que comprometen la integridad y equilibrio personal, la búsqueda de explicaciones, la incertidumbre, y el estado de pérdida de control, afectan a la trayectoria y al estado de salud.

En términos generales, las personas percibimos, consciente o inconscientemente, la vida sin amenaza, pero la presencia de la misma provoca cambios, incluso pérdida de

salud, con la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su propia vulnerabilidad corporal.

Así pues, respecto de la ilusión de invulnerabilidad, cuesta verse afectado por dichas situaciones, puesto que se supone que las que se ven afectadas son siempre otras personas. Se entiende entonces que cuando se rompe esa ilusión de invulnerabilidad, se cambia también el modo de percibir e interpretar las situaciones, puesto que desaparece el sentimiento de ser diferentes como se supone comúnmente.

Llegados a este punto podemos recoger la pregunta que sobre la seguridad y salud en el trabajo (SST), se plantea en el informe: “Cuestiones actuales y emergentes en el sector de la asistencia sanitaria, incluida la asistencia domiciliaria y en régimen abierto”, [Agencia de la Unión Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA), 2014a, p. 6].

“¿Cuáles son los riesgos y cuestiones actuales y emergentes en el campo de la SST que afectan a los profesionales sanitarios y cómo influirán en su salud y seguridad y en el servicio general que prestan?”¹⁵

En dicho informe se señala:

Los trabajadores del sector desempeñan una amplia variedad de tareas en numerosos entornos que suponen una amenaza para su salud y un riesgo de enfermedad profesional o accidente laboral. Muchos de esos entornos y tareas (por ejemplo, prestar cuidados de primera línea a personas con discapacidad física o mental, movilizar manualmente a los pacientes o realizar servicios de limpieza) entrañan una **gran variedad de peligros. El personal sanitario está expuesto así a numerosos riesgos.** (p. 2)¹⁶.

Por la extensión e importancia del informe elaborado, se considera necesario recoger de manera íntegra la página nº 5 del mismo. Los párrafos recogidos en dicha página plantean en gran medida la problemática a la que se enfrentan los sistemas sociosanitarios de cara al futuro, en el contexto de crisis en el que nos encontramos.

Considero por tanto dada su trascendencia futura, su directa vinculación y

¹⁵ Para más información se puede consultar el informe en idioma español, en la siguiente dirección: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/executive-summary-current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care/view>

¹⁶ La negrita forma parte del texto original.

repercusión sobre la CVL, presentar los mismos de esta forma, puesto que hacer un resumen de dichos aspectos, resultaría impropio por la pérdida de información aportada como se puede ver tras la lectura del **(Anexo-2)**. Por ello desde nuestro enfoque, si el nivel de CVL y de «autocuidado» como objeto de estudio, en el conjunto global de la persona, se potencian y establecen mecanismos de intervención, constituyen un aliado a nivel individual, pero también a nivel asistencial en el proceso de atención sanitaria y por lo tanto institucional y social.

La investigación también ha mostrado la efectividad de las intervenciones psicosociales positivas en el incremento del bienestar mediante la realización de workshops sobre inteligencia emocional para incrementar el bienestar psicosocial de las enfermeras en unidades de pacientes terminales (Rodríguez, Llorens y Salanova, 2006)¹⁷. [Citado en Salanova, Martínez y Llorens, 2014, p. 25].

Por otro lado tenemos que tener presente las tendencias futuras, evitando una visión localista. Ello significa ir más allá de nuestra realidad más cercana, puesto que cada vez en mayor medida estamos asistiendo a fenómenos como una asistencia sanitaria transfronteriza y globalizada. Ello no solamente desde el punto de la demanda por parte de personas que necesitan ser atendidas por algún problema de salud, sino también por parte de la oferta, dada la libre circulación de profesionales en la que, en nuestro caso el personal del sector servicios de atención directa a las personas, abandonan su país para atender situaciones de ayuda humanitaria ante catástrofes y situaciones verdaderamente estresantes con gran impacto emocional, lo cual requiere altas dosis de preparación y fortaleza, en las que el «autocuidado» puede resultar un aliado. Es por ello que tener calidad de vida en el trabajo actúa sobre múltiples aspectos, bien de manera positiva pero también de forma negativa, como señalan Herrera y Cassals (2005).

La calidad de vida en el trabajo actúa sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico y socio-profesional del individuo y produce motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Si la calidad de vida en el trabajo fuera pobre puede originar insatisfacción y comportamientos desajustados (errores de desempeño, ausentismo y otros). Por el contrario, una elevada calidad de vida en el trabajo conduce a un clima de confianza y de respeto mutuo, en el que el individuo puede activar su

¹⁷ El término workshops, entiéndase su traducción como talleres.

desenvolvimiento psicológico y la propia organización puede reducir los mecanismos rígidos de control. (p. 1).

Con este apartado introductorio, a continuación se desarrolla el marco teórico y conceptual. Con ello se pretende ubicar, y describir el soporte teórico utilizado para abordar el estudio desde diferentes enfoques o modelos, con la intención de poder explicar y seguramente predecir los aspectos, procesos y elementos que intervienen en nuestro objeto de investigación. Como consecuencia aparecen un conjunto de conceptos abstractos que denotan significado a partir de la experiencia observada, que se encuentran en interrelación unos con otros, y que de cara a la práctica profesional asistencial, dirigen la manera de actuar en un entorno de CVL.

El bien que hemos hecho nos da una satisfacción interior, que es la más dulce de todas las pasiones.
-Rene Descartes. (s. f)-

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 3

3. MARCO TEÓRICO

(...), quien no necesita ayuda, quien se basta a sí mismo, no forma parte de la ciudad: es una bestia o un dios. (...). El fin de la guerra es la paz, del mismo modo que la finalidad del trabajo es el descanso. ARISTÓTELES, Política 1, 1.1.19. [Trad. (Gómez Pantoja, 1986)].

3.1. Marco referencial: teorías y modelos que sustentan el estudio

Para contextualizar el inicio del trabajo de investigación, primeramente se han establecido los enfoques y modelos teóricos sobre los que se sustenta el mismo. De esta manera podemos tener una imagen mental y una idea clara del marco teórico del estudio.

Básicamente se recogen de una forma creativa las ideas que surgen y que al mismo tiempo se conjugan mentalmente con el fin de poder trabajar con ellas, para dar sentido y coherencia de manera global.

A partir de ello se contextualiza y sistematiza la información que resulta pertinente, centrandolo con ello el enfoque de nuestro trabajo.

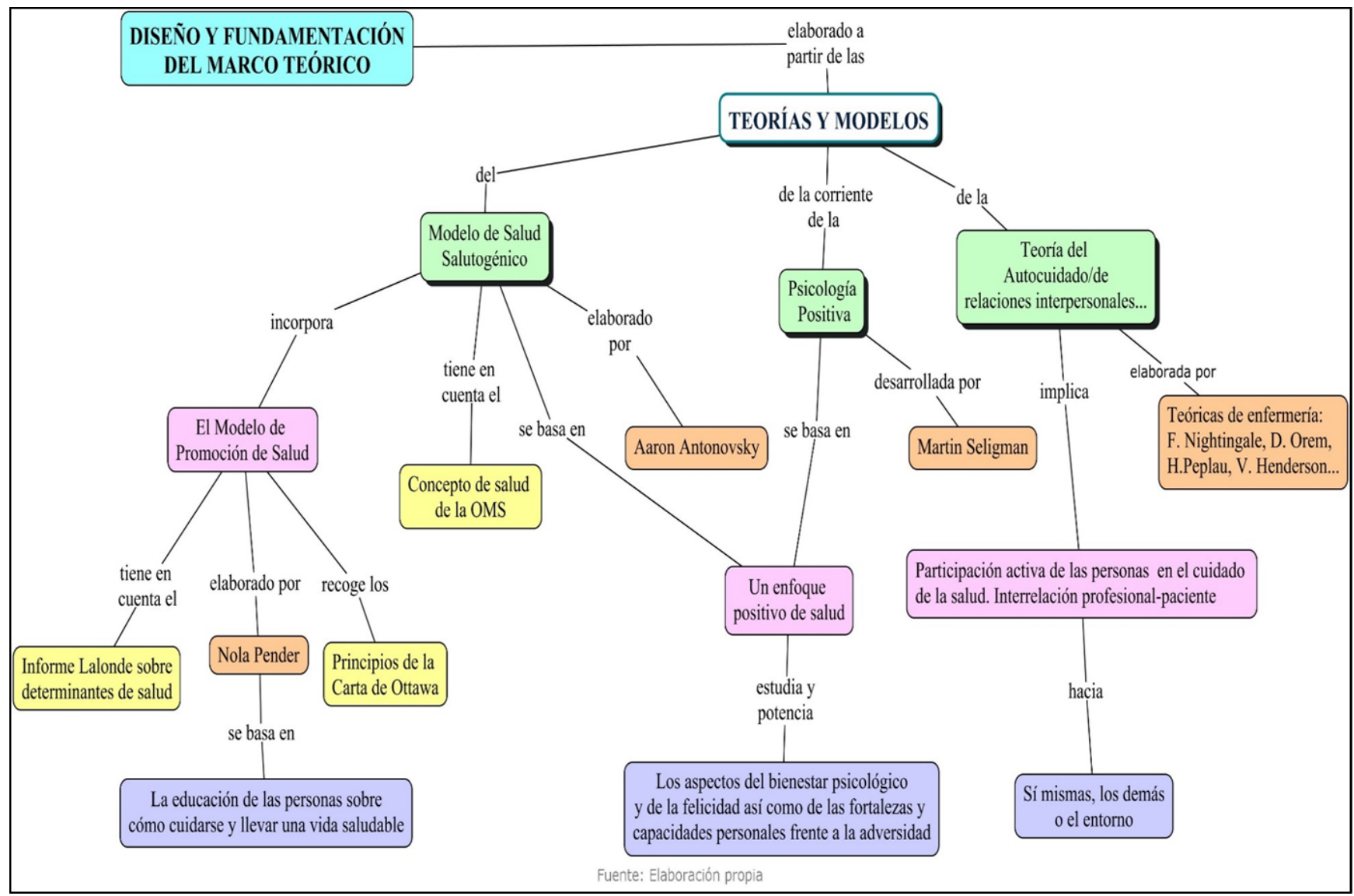
Para esta forma de trabajo, resulta de gran utilidad pedagógica el uso de distintas herramientas, entre las que destacan los llamados mapas mentales.

Dichos mapas mentales nos sirven de apoyo al proceso constructivo de pensamiento en la investigación, y posteriormente transfiriéndose a soporte físico o papel, nos permite mediante la visualización gráfica de las imágenes, identificar de forma precisa y centrar que es lo que realmente interesa y desea utilizar.

Otra de sus múltiples ventajas es que nos permite la organización y estructuración de la información, que al mismo tiempo visualiza las interconexiones de las diferentes ideas.

Lo que acabamos de señalar, viene representado a través del siguiente mapa, elaborado mentalmente y reproducido en la imagen que se presenta a continuación en la **(Figura 3.1)**. Para su diseño se ha utilizado la aplicación CmapTools versión 6.02.

Figura 3.1 Diseño y fundamentación teórica.



Fuente: Elaboración propia

3.1.1. Modelo de salud salutogénico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁸, (OMS, 1946).

Esta definición de la salud, es una de las más difundidas dentro de las disciplinas de ciencias de la salud, y al mismo tiempo de gran relevancia por todo lo que implica a la hora de entender dicho concepto.

Así este nuevo enfoque, supone ir más allá de los objetivos tradicionales centrados básicamente en la propia enfermedad y su forma de combatirla, para marcar una línea de acción más centrada en aquellos aspectos promotores de la salud como sinónimo de bienestar tanto en el ámbito biológico, psicológico, como social, y en el que perfectamente podemos incorporar el «autocuidado» de la persona en los ámbitos indicados de la CVL.

Al mismo tiempo, no se circunscribe al ámbito localista o individual de la persona. La salud es entendida, a partir de tendencias globalizadoras, constituyendo un término que solo puede entenderse como salud holística e integral en el que el término salud engloba los procesos y vivencias de las personas en consonancia con una concepción integral del individuo, en la que se incluye desde la conciencia y percepción corporal de su cuerpo, hasta la conciencia vinculada a sus procesos intrapersonales y espirituales junto con las interacciones inter-personales, lo cual trasciende también concepciones más reduccionistas que han transitado a lo largo de la historia del concepto de persona.

A partir de la nueva definición del concepto de salud señalado por la OMS, se han ido sucediendo diferentes acontecimientos, en los que el enfoque pro-salud ocupa un papel central en el debate.

En los años 70, el médico sociólogo Aaron Antonovsky empezó a plantearse una visión positiva como mecanismo para enfrentarse a situaciones adversas o de enfermedad. A partir de sus investigaciones empíricas y bajo esta forma de enfocar estos problemas, ello le llevó al desarrollo del modelo salutogénico.

¹⁸ La cita viene recogida en el preámbulo de constitución de la (OMS), en el año 1946, con entrada en vigor dos años más tarde en 1948.

La elaboración de su teoría, básicamente se diseñó sometiendo sus estudios a los siguientes interrogantes:

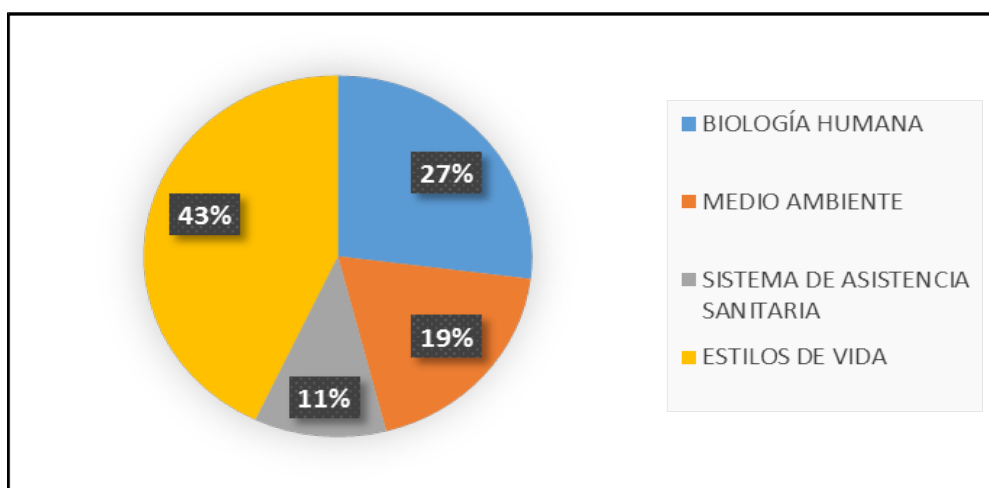
“¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales? ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades? ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?”

Tal y como explican con detalle Lindstrom y Eriksson, los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez, y Hernán García, 2011, p. 131).

Así pues, también podemos señalar durante esta década, el informe elaborado por el Ministro Canadiense Marc Lalonde (1974). En dicho informe se establecen los principales determinantes de la salud de las personas, para la población canadiense¹⁹. Ver **(Figura 3.2)**.

- **Los estilos de vida:** Relacionado con los hábitos personales y de la colectividad. Como más significativos: el tipo de alimentación, adicciones o consumo de sustancias tóxicas, actividad física, conductas peligrosas, de riesgo, temerarias o no saludables, conducta sexual, cuidado personal y utilización de los servicios de salud.
- **La biología humana:** Relacionado con la genética y la edad.
- **Medio ambiente:** Factores ambientales físicos, biológicos, contaminación: atmosférica, química del suelo, agua, aire, acústica; y del ambiente socio-cultural y psicosocial.
- **La atención sanitaria:** Posibilidad de acceso a servicios de atención sanitaria, calidad de la atención, financiamiento asumible por la población.

¹⁹ Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Figura 3.2 Determinantes de la salud y afectación relativa.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del informe: A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde, 1981).

Con todo ello, y teniendo en cuenta todos los factores señalados, la salud no es un concepto estático, sino más bien una línea continua dinámica en donde va situándose la persona a lo largo del tiempo. Lo que ello significa e implica, es que la pérdida de salud acontece a partir de las experiencias percibidas como consecuencia de demandas externas y/o internas de las personas.

Más tarde en 1986, se celebra la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud en la que se redacta el documento que lleva el mismo nombre que el lugar donde se celebró: -La carta de Ottawa-. Dicho documento estableció las bases del desarrollo de la promoción de la salud.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre, y para mejorar su salud. Para llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y bienestar social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, para satisfacer las necesidades, y para cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud debe por lo tanto considerarse como un recurso para la vida diaria, (...) ²⁰. (OMS, 2016b, párr. 3).

En la redacción del documento, se señalan diferentes acciones dirigidas para la promoción de la salud:

- ✓ Crear ambientes de apoyo que permitan ayudar a construir una sociedad sana.

²⁰ La Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Consultada el 23/3/2016. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

La promoción de la salud, genera condiciones de vida y de trabajo seguro, estimulante, satisfactorio y agradable.

- ✓ Desarrollar habilidades personales. La gente no puede alcanzar su máximo potencial de salud, a menos que sean capaces de tomar el control de las cosas que determinan su salud.

La promoción de la salud permite el desarrollo personal y social a través de la información, la educación para la salud, y la mejora de habilidades para la vida. Al hacerlo, aumentan las opciones disponibles para las personas de ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre sus entornos, así como para tomar decisiones conducentes para su cuidado, y en ese sentido la persona se convierte en protagonista de forma activa y partícipe del proceso.

Este proceso ayuda a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Y Antonovsky lo denominó: **sentido de coherencia (SOC)**, que es a la vez un sentimiento y una visión del mundo, en la que se asume que tenemos la suficiente **comprensión** de los acontecimientos que ocurren a nuestro alrededor, y que somos capaces de **manejarlos** mediante recursos internos y externos. Y que además tiene un **significado** para nuestra vida. Antonovsky considero que el concepto de SOC era aplicable solamente a los individuos, mas [sic]²¹ tarde propuso que podría aplicarse a grupos y en el ámbito social. (Mejía, s. f, p. 2)²².

No obstante en el escenario y entorno fruto de la globalización en el que nos encontramos, se hace imprescindible complementar los principios recogidos en la Carta de Ottawa y buscar estrategias para hacer llegar la promoción de la salud al resto de la ciudadanía a nivel mundial, cuyo fin es reducir y eliminar en la medida de lo posible las posibles desigualdades sociales y de salud, y cumplir con uno de los derechos fundamentales: El derecho al disfrute de salud.

Así posteriormente, la “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado”, se planteó el reto de abordar este problema, indicando las intervenciones necesarias para dicho propósito. En el documento se señala:

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e

²¹ Error ortográfico (mas) en la cita textual. Debe decir (más).

²² Las palabras en negrita forman parte del texto original.

incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. (OMS, 2005, p. 1)²³.

No obstante a pesar de todo ello, es importante señalar que el enfoque teórico salutogénico y el desarrollo del mismo, en la actualidad en España, no ha tenido todo el impulso necesario y alcance esperado según recoge el artículo de revisión realizado por las autoras en la siguiente cita: “A pesar de haber sido publicados más de 500 trabajos relacionados con el modelo, diversos seminarios y conferencias en el mundo, en nuestro país, la producción científica y las políticas llevadas a cabo parecen ser escasas, (...)”. (Ruano Casado y Mercé Valls, 2014, p. 386).

Lo mismo quedó reflejado en la revisión de logros alcanzados desde la Carta de Ottawa, en la que en referencia al desarrollo de habilidades personales y empoderamiento de la población para la promoción de la salud se indica:

A pesar del desarrollo de nuevas estrategias de educación en salud el avance en este tema no es evidente. Las enfermedades con mayor influencia de actitudes personales han tomado el primer lugar como carga de enfermedad. Las adicciones, obesidad, sedentarismo, alimentación inadecuada y violencia intrafamiliar, son algunos de los factores de riesgo cuya severidad ha aumentado. Escasos países han realizado actividades para cambiar tendencias conductuales. Esto a pesar de los múltiples programas de educación para la salud y las campañas de comunicación social. Los estilos de vida sedentarios, la obesidad, la violencia, lesiones de tránsito, adicciones y otros riesgos continúan aumentando. En parte esto se debe a la persistencia de enfoques verticales y lineales, con poca participación y enfocados a un solo factor. El modelo medicalista continúa influenciando en forma desmedida un enfoque por enfermedad y riesgo, menospreciando la influencia de las condiciones y los determinantes sociales. [OMS, OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2006, p. 8].

En 1996, Nola Pender elaboró un Modelo teórico de Promoción de la Salud (MPS). En dicho modelo se presta atención a los diferentes comportamientos relacionados con la salud de las personas, la orientación hacia la generación de conductas saludables, y sus procesos motivacionales.

Según la autora, la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano.

²³ Para más información, consultar: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (Aristizábal Hoyos, et al., 2011, p. 17).

Los modelos teóricos señalados que utiliza para desarrollar el MPS, recogen básicamente:

- ✓ La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977).
- ✓ La teoría Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1980).
- ✓ La teoría de la motivación humana de Feather (1959).

Con todo ello, su modelo integra los procesos cognitivos y de aprendizaje en el cambio conductual, teniendo en cuenta la importancia de los factores psicológicos que influyen en los comportamientos, haciendo énfasis y resaltando la importancia del componente de intencionalidad, o compromiso personal.

Los componentes centrales señalados por la autora del MPS, se encuentran relacionados y al mismo tiempo influyen en la posibilidad de adoptar un compromiso de acción, para ejecutar una conducta dirigida a la salud. Estos componentes son:

- ✚ Los beneficios percibidos y anticipados de la acción realizada.
- ✚ Las barreras percibidas que dificultan la acción.
- ✚ La auto-eficacia percibida de competencia para realizar la acción.
- ✚ El estado afectivo/emocional relacionado con la conducta.
- ✚ Las influencias interpersonales.
- ✚ Las influencias situacionales o del entorno.

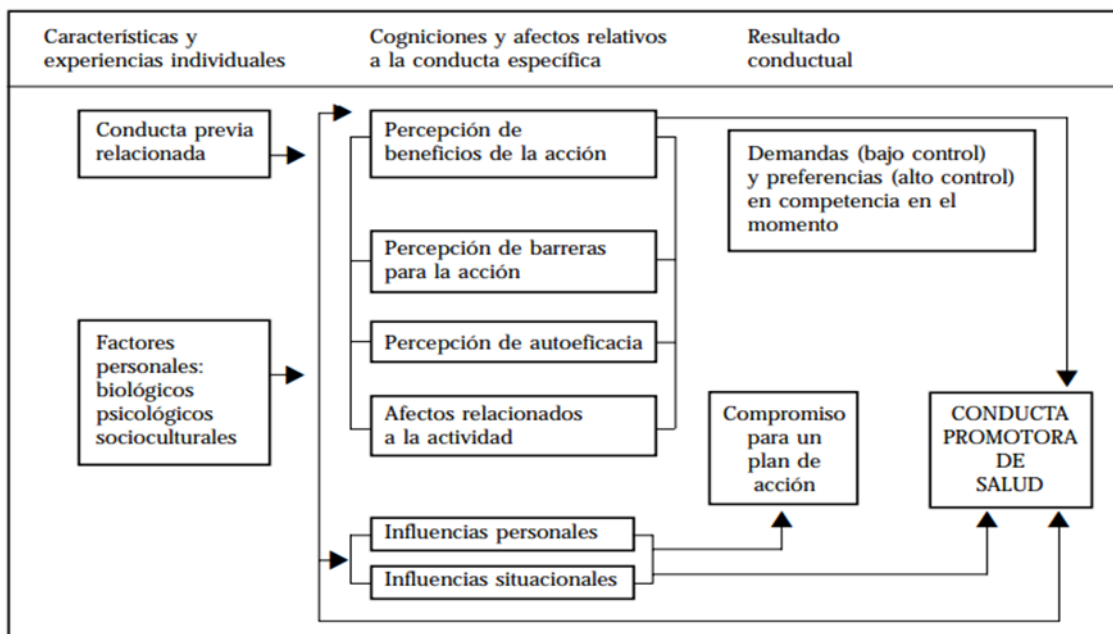
No obstante, desde la promoción, hasta la ejecución de la conducta, existe un camino que recorrer, y no siempre es factible como lo señalan Rodríguez Marín y García Rodríguez (1995).

1. La probabilidad de realizar la acción de salud recomendada es función, por una parte, de la intención (estado subjetivo de disponibilidad del individuo) de llevarla a cabo. (...).
2. La probabilidad de que una persona lleve a cabo la conducta de salud recomendada está determinada, por una parte, por la evaluación que la persona hace de la conducta de salud propuesta en términos de su viabilidad y eficacia (...). [p. 31].

En nuestro caso ésta acción va orientada al fomento del «autocuidado» y dirigida a

la conducta que permita el alcance de resultados como una salud positiva, una vida productiva y satisfactoria, y un estado óptimo de bienestar personal. Este modelo puede verse representado en la siguiente (**Figura 3.3**).

Figura 3.3 Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender.



Fuente: (Cid, Merino y Stieповich, 2006, p. 1493).

Por otro lado, en el ámbito laboral, la OMS también se pronuncia al hacer referencia a la salud ocupacional. Con este término se entiende a la actividad que promueve la salud de las personas en sus ámbitos laborales. Tiene que ver con las condiciones físicas del trabajador, pero también con lo psicológico.

En el desempeño del trabajo, las personas se ven sometidas a riesgos de salud asociados a determinadas tareas, la exposición a condiciones perjudiciales o el estrés y la presión por parte de superiores, lo que puede deteriorar las condiciones y afectar al cuidado de la salud.

Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, incluidos el calor, el ruido, el polvo, los productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial, provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud. Las condiciones de empleo, la ocupación y la posición en la jerarquía del lugar de trabajo también afectan a la salud. Las personas que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensas a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable.

Además de la atención sanitaria general, todos los trabajadores, y particularmente los de

profesiones de alto riesgo, necesitan servicios de salud que evalúen y reduzcan la exposición a riesgos ocupacionales, así como servicios de vigilancia médica para la detección precoz de enfermedades y traumatismos ocupacionales y relacionados con el trabajo (...) ²⁴. (OMS, 2016a, párr. 1-2).

Para evitar esto es necesario que las condiciones de trabajo sean las adecuadas y enmarcadas dentro de las normas de seguridad, que eviten poner en riesgo al profesional y de forma indirecta a la persona que recibe atención por parte del mismo. En ese sentido: “La labor de la OMS en materia de salud se rige por el Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2007” ²⁵.

3.1.2. Enfoque desde la psicología positiva

Desde la psicología tradicional, el objeto de estudio abordado en la persona, se ha centrado en el modelo de enfermedad destacando los efectos negativos, el trauma, las alteraciones, situaciones problemáticas, la propia enfermedad, etc. Esta visión negativa ha impedido que la psicología pudiera descubrir e investigar sobre múltiples oportunidades de mejora, crecimiento, superación, capacidades, energía personal, aspectos positivos y fortalezas que surgen, se desarrollan y se potencian al experimentar situaciones dolorosas y problemáticas a lo largo de la vida de las personas.

Según indican Contreras y Esguerra (2006), a pesar de que la valoración y actuación sobre los factores psicosociales históricamente se han centrado en señalar y destacar los aspectos negativos que aparecen como consecuencia de situaciones enfermedad o adversidad, no obstante, desde la vertiente de la psicología positiva definida por Martin Seligman (1999), también se plantea el caso contrario y así poder analizar aquellos mecanismos que repercuten y benefician positivamente a las personas para poder superar estas situaciones. Dicha propuesta definida por Seligman, fue presentada inicialmente en la conferencia inaugural de su período como presidente de la American Psychological Association.

Es así como la psicología positiva como rama de la psicología, se ha convertido en una ciencia social moderna, cuyo enfoque lejos de oponerse a la visión tradicional, más

²⁴ Fuente: http://www.who.int/topics/occupational_health/es/. Consultado 23/3/2016.

²⁵ Fuente: http://www.who.int/occupational_health/en/. Consultado 23/3/2016.

bien es complementaria. No ve al individuo como un ser pasivo, sino más bien como reactivo en diferentes contextos.

Se trataría por lo tanto en un modelo centrado en los activos de la persona que toma decisiones, participa de forma activa frente a situaciones diversas, con sus potencialidades, con posibilidad de controlar su destino y capaz de influir activamente sobre el mismo y el resto de personas hacia el logro de la plenitud, el optimismo, la satisfacción, y sobre la propia salud en la que se incluye el bienestar biológico, psicológico y social, recogido en el concepto de salud de la OMS, y no desde el punto de vista de los déficits o carencias.

Si consideráramos la salud vinculada a la ausencia de enfermedad y ese fuera el estándar, quedarían limitadas las posibilidades de nuestro estudio a la simple valoración de los aspectos negativos de la situación. Siendo esta una posibilidad, no es por ello la única, puesto que por otro lado no necesariamente tiene porque suceder en ese sentido, y sí en cambio dar lugar a un proceso de adaptación eficaz, y promoción del «autocuidado» como un activo personal en salud.

Así la psicología positiva ha sido definida como: “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman 2005; Seligman y Csikszentmihalyi 2000)”²⁶. Al mismo tiempo:

Por otra parte, están las fortalezas de carácter, que son propias de cada persona y pueden ponerse en práctica. Las fortalezas son rasgos o características psicológicas que se presentan en situaciones distintas a través del tiempo, y sus consecuencias suelen ser positivas. Poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas auténticas (Seligman, 2005) y actúan como barreras contra la enfermedad, entre estas se encuentran el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir (flow), entre otras (Seligman y Christopher, 2000). [p. 313]

Desde esta visión, la psicología positiva se centra en el estudio científico de dichos mecanismos, de las experiencias subjetivas positivas del bienestar, los rasgos individuales positivos, las fortalezas y las virtudes humanas que permiten adoptar una perspectiva más

²⁶ Ibid., p. 313.

abierta del potencial personal, sus motivaciones, el optimismo, el perdón, la amabilidad, capacidades para la adaptación y superación de situaciones y experiencias adversas, el crecimiento postraumático, y cuyo término utilizado de forma generalizada se denomina “resiliencia”.

Esta situación recoge experiencias de alegría y satisfacción con lo pasado, optimismo y perspectivas de futuro, posición realista y de felicidad con el presente, reconociendo todo lo positivo de la vida que se vive, y que relacionándolo con la salud se sabe que estos aspectos predicen una mejor autoevaluación de la salud según indican Pressman, Gallagher y López (2013).

McNulty (2012), señala que para poder avanzar en el enfoque de la psicología positiva, hay que ampliar el horizonte de mira respecto de lo que actualmente se ocupa esta disciplina y estudiar los factores que determinan cuándo, por quién y en qué medida estos factores señalados están asociados con el bienestar. Es necesario al mismo tiempo el estudio en el contexto de la salud y la disfunción tanto en las personas que viven felizmente como las que no, y que el estudio contemple no solamente el examen de rasgos y procesos a nivel transversal, sino las implicaciones a largo plazo de todo ello.

Así según el autor, el bienestar no depende únicamente de atributos o características personales, sino que se determina de manera conjunta, mediante un proceso de interacción constante con los entornos sociales del resto de las personas. Cuando alguien está experimentando bienestar, también está experimentando varias otras cosas. Se trata de un sentido de auto-realización, sensación de estar contento, importar y estar satisfecho con aquello que implica el propósito de vivir consigo mismo y con los demás.

A través de este nuevo enfoque, se cuestiona la posibilidad de poder o no, enfrentarse a los acontecimientos que surgen en el transcurso de la vida de las personas.

Por tanto, según indica Poseck (2006), podemos señalar que el énfasis e interés de la psicología clásica de centrarse en la enfermedad y sus aspectos negativos, le ha hecho descuidar los aspectos y emociones positivas tales como el bienestar, la esperanza, el humor, la creatividad, la satisfacción, el optimismo, la felicidad..., y en nuestro caso el «autocuidado», ignorando los beneficios que estos aspectos representan para las personas.

Si bien es cierto que hay evidencia de la relación que se establece entre ciertos estados emocionales positivos en las personas con su estado de salud, al mismo tiempo el

proceso contrario también ha sido recogido a través de la literatura:

También se ha observado una relación entre salud física y ciertos estilos personales, lo cual podría explicarse en parte por el estado emocional asociado con esos estilos y su efecto en el funcionamiento fisiológico. Algunos de esos estilos que muestran una relación positiva significativa con la salud son el optimismo (Peterson, 2000; Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998) y la llamada dureza psicológica o 'hardiness' (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). A diferencia del efecto positivo que tendrían sobre la salud esos estilos, la hostilidad sería un patrón que se relaciona negativamente con la salud (Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Suinn, 2001). [Citado en Barra, 2003, p. 56].

No significa por tanto que necesariamente no se produzcan efectos y consecuencias negativas en la persona, puesto que también en algunos casos, la utilización de este tipo de recursos, puede dar lugar a una respuesta adaptativa como ya hemos comentado anteriormente desde el enfoque de la psicología positiva, y a partir de ello detectar si han surgido estrategias, o mecanismos que de manera consciente o no, se han puesto en marcha para superar la adversidad provocada, o en su defecto, incluso no saber cómo actuar.

Este planteamiento por ello, supone un ejercicio de ingenio para descubrir todo aquello en lo que nos podemos ayudar y potenciar de forma positiva para mejorar la situación, y en la que las personas pueden implicarse como es en el caso de los colectivos profesionales, para trabajar con personas que lo necesiten y en ello se incluye a la enfermería. Sucede pues que en algunas de las intervenciones que diariamente realizan los y las profesionales, tengamos la situación de obtener cierto tipo de beneficio en forma de satisfacción, por la atención prestada²⁷.

En ese sentido, «la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos»²⁸.

Es decir, solamente hemos visto una cara del proceso al centrarnos históricamente en lo negativo, lo problemático y malo como adversidad para la persona, pero debemos también pensar que no siempre las cosas suceden de esa manera, cuando lo enfocamos de

²⁷ Proceso que se origina a través de las intervenciones, por la relación de empatía que se establece.

²⁸ Rivera de los Santos. Op. cit., p. 130.

forma positiva.

Para evidenciar hacia qué lado se sitúa la dinámica y no posicionarnos en los dos extremos, es necesario analizar cómo repercute y afecta la presencia o no de los aspectos generadores y protectores para la salud señalados desde la psicología positiva dentro del estado de salud y enfermedad de las personas.

Por otra parte, practicar las virtudes buscando sentido a la vida, ser amable con los demás, expresar gratitud, aprender a perdonar, compartir buenas noticias, cuidar las relaciones sociales saborear las experiencias de la vida, cultivar el optimismo, perseguir las metas personales y ser fuerte ante las adversidades constituyen también prácticas positivas a desarrollar individualmente tanto dentro como fuera del contexto organizacional²⁹.

Por ello, el colectivo profesional en nuestro caso de enfermería, encargado de la atención de las personas, dentro del umbral del arte de los cuidados y de la ciencia, necesita nutrirse de esta perspectiva.

3.1.3. Teoría del «autocuidado» y relaciones interpersonales

Como ya se ha señalado al inicio del capítulo 3 y del marco teórico, el ser humano es un animal social/político, que cómo concepto aristotélico viene a decirnos que no se puede existir fuera de un contexto social. La persona no puede vivir a espaldas de la sociedad, ni fuera de ella. En definitiva somos seres sociales, dentro de un proceso de mutua determinación.

Dicha reciprocidad obliga e implica tanto a personas sanas como aquellas en situación de enfermedad, a buscar conductas saludables que les permitan afrontar situaciones problemáticas, mediante la atención y cuidados, las unas de las otras y viceversa.

Esta capacidad de atender y cuidar es parte pues de la esencia de la naturaleza social humana. No obstante el valor añadido que aporta la acción, necesita que el ejercicio de la misma se pueda realizar en las mejores condiciones posibles, y por ello el cuidado se dirige directamente desde el conjunto hacia la persona, pero también directamente sobre la propia persona en forma de «autocuidado» para atender y cuidar bien al conjunto de la sociedad. Se trata pues de una responsabilidad compartida.

²⁹ Salanova. Op. cit., pp. 26-27.

Cuidar y cuidarse de su propia salud dentro y fuera del proceso de interacción³⁰, ya se contemplaba en los orígenes de la enfermería moderna con su fundadora Florence Nightingale, estableciendo las bases y principios de la profesionalización de la enfermería aproximadamente por el año 1860. Evidentemente incluso ya antes, aunque de una forma no reglada ni profesional, porque ello ha formado parte y nos ha acompañado a lo largo del origen e historia de la humanidad.

Ya desde sus inicios Nightingale consideraba a la persona en constante interacción con su entorno, el cual actúa sobre ella de forma positiva o negativa en función de su estado. Así el entorno físico saludable debe de aportar ventilación, luz, y calor adecuado, junto con el control del ruido. Los entornos psicológico y social saludables proporcionan un ambiente positivo y sin estrés (Wesley, 1997).

Muchos años más tarde, al inicio de los cuidados profesionales indicados, Dorothea Orem (1959), una de las principales teóricas de la escuela de las necesidades, elaboró en su modelo, la teoría del «autocuidado», compuesto por tres subteorías relacionadas todas ellas en el contexto de la atención de enfermería: 1) Teoría del «Autocuidado»; 2) Teoría del Déficit de «Autocuidado»; 3) Teoría de los Sistemas de Enfermería. [Citado en Marriner, 1989].

Dicho modelo teórico de «autocuidado» elaborado, implica empoderamiento, participación activa, responsabilidad, ocuparse de sí mismo/a, cuidarse, y autoconciencia, por parte de las personas en el mantenimiento de su salud.

En ese sentido al mismo tiempo es coincidente con el enfoque salutogénico y de promoción de salud señalado en apartados anteriores. Dorothea Orem presentó su teoría por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972.

Según la autora, el «autocuidado»: consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios, en favor de sí mismos y con el interés de

³⁰ De alguna forma esta simple frase viene a recoger los principios fundacionales de la enfermería moderna por Florence Nightingale considerada precursora y creadora del primer modelo conceptual de enfermería, y que señalaba lo siguiente: “*Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta Asamblea, llevar una vida pura; y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno o de tomar o administrar a sabiendas, ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. (...)*”. (León Román, 2007, p. 3).

mantener un funcionamiento vivo, sano, y continuar con el desarrollo personal para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Dichas prácticas vinculadas al aprendizaje, están influenciadas social y culturalmente.

Para Orem, la agencia de «autocuidado», es la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de «autocuidado». El déficit de «autocuidado» sucede cuando las capacidades de la persona no pueden cubrir las necesidades de «autocuidado» que se presentan en la persona, teniendo en cuenta y considerando no solamente las necesidades de tipo físico, sino también aquellas de orden psicológico, social y espiritual para mantener la vida y promover el desarrollo personal.

Así, las prácticas de «autocuidado» contribuyen al mantenimiento de la salud y bienestar. Según la autora, existen unos requisitos de «autocuidado», que son objetivos que deben ser alcanzados por medio de las acciones:

➤ **Requisitos universales de «autocuidado»**

Son comunes a todas las personas. El mantenimiento del aire, el agua, la comida, la eliminación, la actividad, el descanso, la interacción personal y social, la prevención de accidentes, y el fomento del funcionamiento personal.

Estas actividades sirven para el mantenimiento de las condiciones internas y externas necesarias para el funcionamiento, y sirven de soporte para el mantenimiento del «autocuidado» para el desarrollo.

➤ **Requisitos de «autocuidado» para el desarrollo**

Intervienen para proceso de la vida y la maduración, impidiendo las condiciones adversas o mitigando sus efectos.

➤ **Requisitos de «autocuidado» en caso de desviación de la salud**

En situación de enfermedad, se produce afectación del funcionamiento integro de la persona. En esta situación si la persona se encuentra en situación de dependencia total o parcial para el mantenimiento de la salud, la persona pasa de la condición de agente de «autocuidado», a receptora del mismo. Participar de dichas acciones para restaurar la salud, son también actividades de «autocuidado».

Aunque su teoría fue elaborada desde un enfoque profesional dirigido a la actividad de cuidar a otras personas, por analogía se incluye también al propio profesional, como

ha sido referido anteriormente por Florence Nightingale, al señalar las condiciones en las que se debería encontrar la persona que ejerza la enfermería.

Siendo la actividad del cuidado inherente al personal de enfermería, se considera que debe ejercer su propio cuidado, pues las funciones y actividades que realiza a favor de éste, deben estar en coherencia con las expectativas sociales y el rol desempeñado a nivel interpersonal.

De la misma manera, Hildegard Peplau considera en su modelo teórico publicado en 1952, la práctica enfermera como un proceso psicodinámico basado en la relación interpersonal, en la que actúa junto con diferentes profesionales para la atención de salud de las personas.

El modelo teórico con influencias de Freud y las ciencias del comportamiento implica la comunicación verbal y no verbal, la transferencia emocional y procesos de empatía entre la persona y el personal de enfermería.

El cuidado de las personas planteado pues desde los diferentes modelos teóricos de enfermería, incorpora los procesos cognitivos, y conductuales, cambiantes de las personas que intervienen en la relación.

Estos aspectos incluyen la dimensión física, emocional social y espiritual del individuo. Estas teorías, tienen su origen desde la psicología y la enfermería. (Triviño y Sanhueza, 2005).

No obstante para atender a la salud de las personas, es necesario comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a los demás a identificar las dificultades, y aplicar los principios de relaciones humanas a los problemas surgidos Siempre que existe la necesidad de intervenir sobre la salud, aparecen procesos interpersonales.

La enfermería se constituye entonces como un proceso interpersonal y terapéutico de ejercicio eficaz con consecuencias para la persona que ayuda y la que recibe la atención y el cuidado. Es pues que este ejercicio eficaz basado en un autoconocimiento propio para prestar ayuda, implica una preocupación personal sobre la mejor forma de intervenir en la interacción. Por tanto el preocuparse del propio «autocuidado» forma parte necesaria del proceso terapéutico. La enfermería con ello, proporciona ayuda a las personas para lograr, mantener y restaurar la salud mediante la combinación de la relación interpersonal y el cuidado ofrecido.

3.2. Marco conceptual

“Creemos que podemos vencer al sufrimiento, y no es así si sufrimos cuando lo creemos”

Una vez se ha fundamentado el marco teórico a partir del cual se ha planteado el tema de estudio, es necesario desarrollar los elementos que van a formar parte del estudio, como componentes del mismo. El proceso seguido para la construcción del mismo, ha sido primeramente considerar una visión global o sistémica del problema objeto de estudio, y posteriormente un proceso más analítico de descomposición de los diferentes elementos centrales que lo constituyen de forma interconectada. Con ello se presenta una imagen clara que permite entender las diferentes relaciones existentes entre todos los elementos, los que al mismo tiempo se encuentran contextualizados con un enfoque global. Este proceso ayuda a situar los conceptos de manera conjunta, pero, observando al mismo tiempo la relación que existe entre los mismos. Dicha identificación permite operar de manera más detallada, llegando a niveles de mayor profundidad en su identificación y análisis, lo que sirve también para delimitar aquello que se va a incorporar dentro del marco conceptual, que como conceptos básicos constituyen el material de trabajo de nuestro tema de estudio en el que se plantea abordar:

«La CVL y el «autocuidado» en el proceso asistencial del personal de enfermería».

Los pasos que se han seguido, han surgido a partir de la literatura consultada. A partir de la misma se han identificado los elementos que han sido incorporados en el mismo (ideas, temas, conceptos), que en un principio fueron listados conforme iban apareciendo. Ordenados posteriormente como elementos centrales o periféricos del estudio, fueron nuevamente organizados y listados desde lo más general a lo más específico. Se realizó una distribución por niveles y buscando un paralelismo de aquellos aspectos que actúan de forma positiva y negativa en la CVL.

Finalmente se ha buscado una secuencia lógica a modo de relato para favorecer la visión, su lectura y comprensión. Para ello se han usado conectores en color verde representando factores positivos, y en rojo para los factores negativos, palabras de enlace entre los conceptos y las distintas unidades que forman el mapa conceptual. En su diseño, se ha utilizado igualmente como se ha hecho en el apartado de fundamentación teórica y modelos para el estudio, la aplicación CmapTools versión 6.02. Ver (**Figura 3.4**).

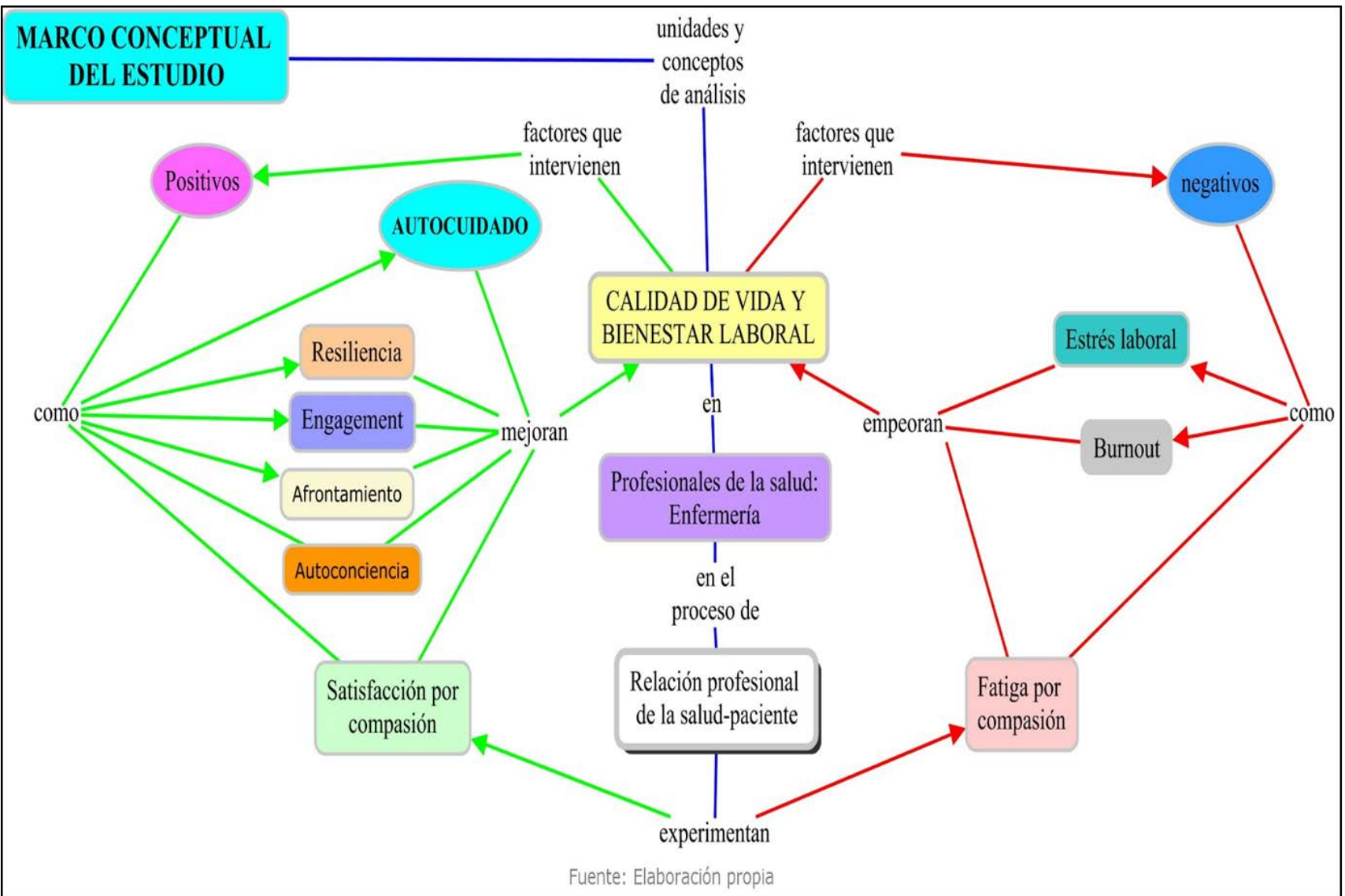


Figura 3.4 Diseño y elaboración del Mapa Conceptual del estudio.

3.2.1. La relación entre profesional de la salud y paciente

El concepto de salud biopsicosocial elaborado por la OMS (1946), ha implicado una forma complementaria de atención para intervenir mediante una relación terapéutica, no solamente sobre lo patológico y orgánico de la enfermedad, puesto que por otro lado también se contempla el bienestar físico, mental y social de la persona. Al mismo tiempo la persona desde una concepción global como ser biológico, psicológico, social y espiritual, también requiere de dicha complementariedad en la atención e intervención que recibe. Así lo indica por ejemplo el modelo teórico de enfermería planteado por Hildegard Peplau (1952), según el cual, la relación de intercambio en el cuidado, potencia en los y las pacientes, el crecimiento personal, pero también en el personal de enfermería. (Lasa y Elorza, 1996).

La salud con ello pasa a ser conceptualizada globalmente como salud holística e integral, en la que se incluyen vivencias, y situaciones diversas para el desarrollo de la persona a partir no solo de su experiencia corporal, sino también de sus interacciones personales.

Ya no se atiende solo a la enfermedad, puesto que podemos atender a personas sanas a las que nuestra ayuda puede ir dirigida a potenciar los aspectos de salud, o mejorar la misma mediante educación para la salud u otro tipo de intervenciones.

Son muchos los aspectos y factores que podríamos señalar, a la hora de explicar en qué condiciones y cómo se produce la intervención señalada en el proceso de interacción entre pacientes (persona sana o enferma) y los/as profesionales de la salud en la atención prestada. Por tener en cuenta algunos considerados relevantes, podríamos señalar:

- ✚ El tipo de enfermedad y situación en el que se encuentra la persona.
- ✚ El grado de participación e implicación, tanto por parte profesional, como por parte de la persona atendida.
- ✚ El nivel y tipo de asistencia prestada, ya se trate de atención primaria, secundaria especializada, o en su caso a nivel domiciliario.
- ✚ Las características de la persona.
- ✚ Trabajo individual/equipo.
- ✚ Nivel de proximidad en la atención. En el caso de atención directa cara a cara.
- ✚ La organización e institución sanitaria. Sus recursos materiales y humanos.

 Masificación de la asistencia y sobrecarga laboral.

Es importante también señalar que los cambios derivados a nivel de los sistemas sanitarios, la junto con los citados anteriormente, han dado lugar a un complejo proceso de atención. El aumento de la capacidad diagnóstica mediante multitud de novedosa tecnología y el amplio abanico de servicios a disposición de la persona que los necesita, ha generado al mismo tiempo un proceso de *demanda inducida* por el propio proveedor del servicio prestado.

Podemos señalar por tanto que dada la multitud de factores intervinientes, el proceso de atención se ha convertido en una realidad compleja en la que ambas partes se encuentran mutuamente determinadas.

Las situaciones personales y características de cada una de las partes que intervienen en la relación, marcan también la posibilidad en el caso de una relación de bienestar satisfactoria, o la situación contraria para ambas partes.

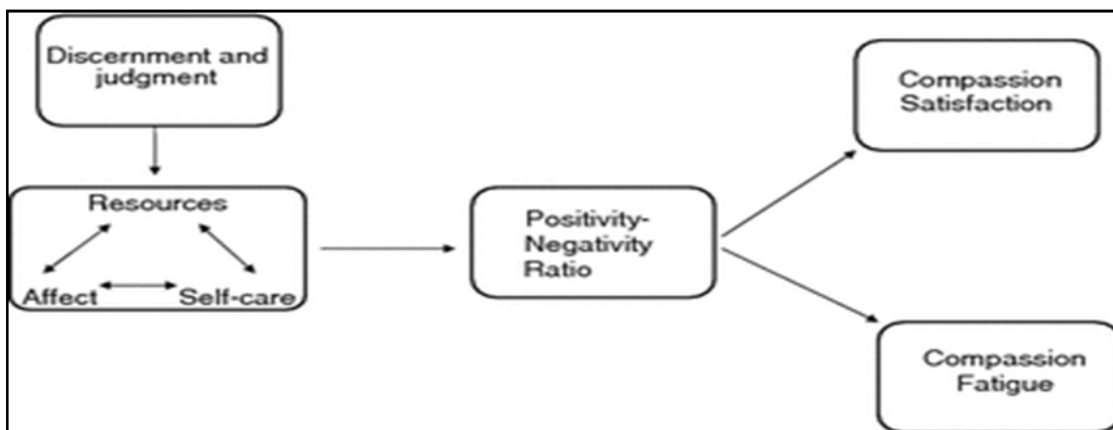
Por otro lado actualmente son un conjunto de profesionales, los que desde distintas disciplinas se encargan de la atención directa sobre la persona. Otros y otras profesionales ocupan un importante papel en la atención de todo el proceso, tanto en situaciones de mejora y mantenimiento de la salud como en situaciones de enfermedad, extrema gravedad o situación terminal. En uno u otro caso se sigue actuando bajo un código deontológico, manteniendo la confidencialidad y secreto profesional, con la excepcionalidad de aquellas situaciones recogidas en la legislación sanitaria, y que por motivos de salud pública, y daño a terceras personas, este derecho quedaría limitado y bajo el principio de adquisición de un compromiso profesional serio, responsable y de profundo respeto por los derechos humanos. Junto a ello es exigible una correcta atención en beneficio de la persona que acude y demanda la atención, lo que en este caso puede verse obstaculizado por la capacidad profesional de hacer frente a dicha demanda. Los problemas de falta de recursos, recorte en las prestaciones, masificación y listas de espera, están permanentemente y de forma paralela impidiendo muchas veces una correcta atención dada la repercusión que tienen estos aspectos sobre los RR.HH de las instituciones.

En este encuentro, podemos decir que entran en juego y pueden aparecer situaciones antagónicas o convergentes dentro de un continuum, que tendrán como consecuencia un entorno terapéutico adecuado o no, en función del proceso de interacción. No solamente

dependerá de las situaciones particulares de cada parte y que de forma directa afectan al momento de interacción, sí en cambio también habrá que tener en cuenta todo aquello que influye, determina, y afecta en ese momento y por otros motivos este tipo de relación.

En este proceso ambas partes pueden verse afectadas de forma positiva o negativa en el peor de los casos, tanto para la persona atendida como para la persona que atiende o profesional. En este sentido en el que se ponen en juego procesos empáticos, se generan fenómenos como la satisfacción y la fatiga por compasión que posteriormente serán desarrollados, y que son acompañantes en los entornos laborales para el personal que en ellos trabaja, tal como se puede observar en la siguiente (**Figura 3.5**). En este caso, juegan un papel importante tanto los recursos, el afecto y el «autocuidado», para conducir una relación de positividad que derive en SC fortaleciendo la misma y contrarrestando los efectos negativos del proceso contrario de FC.

Figura 3.5 Transformación a fatiga por compasión o satisfacción por compasión.



Fuente: (Radey y Figley, 2007, p. 208).

Los aspectos sociales y culturales, sentimientos y emociones, creencias, valores, conocimientos, experiencias, vivencias de salud anteriores, mecanismos de afrontamiento a situaciones de salud en particular, avances tecnológicos, políticas económicas y sanitarias, el tipo de problema a tratar, todo ello implica muchas veces la dirección que deben de tomar nuestras acciones para mejorar el bienestar de las personas, y por tanto contribuye de manera indirecta a contextualizar este encuentro entre el/a profesional el/a usuario/a, cliente/persona enferma/paciente/persona sana. Solo hace falta recordar las diferentes formas que históricamente ha tomado dicha relación. Por poner un ejemplo, desde una relación mediada por aquella persona que legitimada para ello se interponía entre las fuerzas de la naturaleza y divinas para la sanación y cuidados de una persona o

colectividad, como en el caso del (Chamán/brujo/hechicero de la tribu), o una relación más directa cara a cara y como conocemos actualmente. Incluso la comunicación a distancia, on-line haciendo uso de tecnologías en el contexto de la sociedad red. Pero sin duda la más decisiva y en la que más elementos entran en juego es la señalada cuando se establece cara a cara en el momento del encuentro.

Tanto los y las profesionales, como las instituciones sanitarias conciben unas expectativas de todo aquello que se espera que la persona haga a partir de la situación de alteración del estado de salud, o incluso en el caso del mantenimiento y mejora de la misma. Así el sociólogo Talcott Parsons (1966), establece el concepto de “Rol de enfermo y enfermedad”. El rol consiste en conductas basadas en aquellas expectativas institucionales a partir de dicha situación; socialmente se espera que los/as enfermos/as deseen recuperarse con lo cual el/a enfermo/a deba pedir la colaboración de los/as distintos profesionales, junto con la propia situación de enfermedad (Ibarra Mendoza y Siles González, 2006). Pero también la situación de incertidumbre o de imposibilidad de recuperación de la persona, la cercanía a la muerte, puede provocar frustración en las expectativas planteadas, lo cual contribuye al desgaste, agotamiento, desánimo y frustración profesional en función de los vínculos establecidos. Estos factores estresantes convierten al personal de enfermería en un personal altamente vulnerable a padecer diversidad de alteraciones estresantes, tanto físicas como emocionales, como el desgaste profesional, etiquetado con los términos «fatiga por compasión» o «burnout», que más adelante se explicarán.

Por ello el personal de enfermería, como agente de salud que proyecta su atención y cuidado a las situaciones de necesidad de la población en general, debe al mismo tiempo potenciar en su propia persona, un adecuado «autocuidado», que fomente el bienestar biopsicosocial, que revierta posteriormente en su praxis diaria de atención como elemento terapéutico, pero sobre todo también hay que proyectar un cuidado y «autocuidado» especial y diferente, a situaciones que por su delicada naturaleza para la persona enferma y familia, así lo requiere, como es el caso de la cercanía a la muerte, o en un estado terminal. Situación cargada de alto contenido emocional tanto para la persona enferma, pero también para la que presta la atención.

En unos casos será necesario atender de manera muy técnica a un problema que por su situación de mayor o menor gravedad así lo requiera, y en otros la implicación de la

persona enferma en su propia recuperación será la mejor forma para el mantenimiento de su salud. Algunos modelos que podemos reconocer a través de la praxis son los señalados en la siguiente (**Figura 3.6**).

Figura 3.6 Modelos de interacción entre profesional y paciente.

	PATERNALISTA	INFORMATIVO	INTERPRETATIVO	DELIBERATIVO
Valores del paciente	Objetivos y compartidos por el médico y el paciente	Definidos, fijos y conocidos por el paciente	Poco definidos y conflictivos, necesitan de una aclaración	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en ese momento	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por él	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, así como informarle y realizar la intervención elegida por él
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de, y control sobre los cuidados médicos	Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardián	Técnico experto	Consultor o consejero	Amigo o maestro

Fuente: (Emanuel Ezekiel y Emanuel Linda, 1999).

Szasz y Hollander (1956), [citado en Nouvilas, 1999], revisando el modelo de Parsons comentado anteriormente, introducen la situación clínica como condicionante fundamental de la relación estableciendo diferentes modelos a partir de ello (**Tabla 3.1**).

Tabla 3.1 Modelo de Szasz y Hollander según el grado de participación.

PROFESIONAL	PACIENTE	SITUACIÓN
Actividad	Pasividad	Urgencias; Intervenciones; Coma Enfermedades Agudas
Dirección	Cooperación	Enfermedades Crónicas; Postoperatorio
Participación mutua y recíproca		

Fuente: Elaboración propia obtenido de (Rodríguez Marín y Neipp López, 2008, p. 164).

Según las fases por las que atraviesa la interacción (personalización, **Tabla 3.2**).

Tabla 3.2 Modelo de Von Gebattel según el grado de personalización.

FASE	PACIENTE	PROFESIONAL
De llamada	Persona que sufre anónimo	Experto
De objetivación	Cooperación	Enfermedades Agudas
De personalización	Persona enferma	Es mi paciente

Fuente: Elaboración propia. Obtenido de (Pérez Gaspar), [s.f].

Si se plantea una relación desde el punto de vista técnico, seguramente la utilización de protocolos estandarizados y algoritmos de trabajo serán los principales protagonistas de la atención prestada. La forma en que se entiende, se tipifica, sanciona y se actúa sobre la salud y la enfermedad también tiene un poder decisivo sobre el tipo de relación surgida.

Por otro lado, la relación viene condicionada a partir de objetivos concretos que pretendemos conseguir, tanto la persona como el/a profesional. Según el objetivo (objetivación, **Tabla 3.3**), aparecen también diferentes grados de relación interpersonal.

Tabla 3.3 Modelo de Tatossian según el grado de objetivación.

	MODELO INTERPERSONAL DE RELACIÓN	MODELO TÉCNICO DE SERVICIO DE LA RELACIÓN
ATENCIÓN	Enfermedad =Todo lo que forma parte de la persona	Órgano que no marcha bien
RELACIÓN	Implicación entre profesional-paciente. Personas globales.	Paciente=Cliente. Solicita reparación del órgano.
CARACTERÍSTICO	Psiquiatría y Psicoterapia Enfermería	Especialidades

Fuente: Elaboración propia³¹.

En la actualidad y desde hace algún tiempo, un modelo integral de atención está intentando ocupar un espacio que parece ser más acorde a los tiempos que vivimos. Es el «modelo biopsicosocial» de atención a la salud/enfermedad como un continuum.

El modelo biopsicosocial formulado por George Engel (1977), considera que: para atender y responder adecuadamente al sufrimiento del paciente - y para darle también la sensación de ser entendido, los profesionales de la salud deben prestar atención simultáneamente tanto a la dimensión biológica y psicológica de la enfermedad como a la dimensión social de la misma (Borrell Carrió, Suchman, y Epstein, 2006, p. 68).

³¹ Ibid., pp. 60-61.

La persona es entendida de forma holística como un ser biológico, psíquico, social y espiritual. Estos cuatro niveles de análisis interaccionan dando lugar a diferentes situaciones y estados de salud y enfermedad. Con ello los distintos profesionales deben hacer valer sus conocimientos científicos, destrezas y habilidades técnicas, pero al mismo tiempo deben impregnarse de conocimientos de otras disciplinas provenientes de las ciencias sociales y humanas que les permita atender y comprender no solamente los procesos biológicos, sino también el sufrimiento, y necesidades no orgánicas de las personas.

En unos u otros modelos se requieren distintos grados de interacción e implicación entre la persona que presta la atención profesional y persona que la recibe. En este tipo de interacciones desde un modelo centrado en las relaciones y desde el enfoque profesional, hay que tener en cuenta los procesos emocionales de intercambio. Así podemos señalar que:

Por una parte existe un estilo emocional que llamamos reactivo, y que consiste en devolver simpatía cuando recibimos simpatía, y hostilidad cuando lo que recibimos es hostilidad. Al contrario un estilo emocional proactivo se caracteriza por una apertura consciente a la experiencia del otro y conduce al profesional a mantenerse en un tono neutral y positivo aun cuando reciba emociones negativas o de hostilidad³².

Tampoco las interacciones se producen en situaciones similares. Ello irá en función del nivel asistencial en el que nos encontremos y el nivel de participación desempeñado por ambas partes, puesto que cada una de ellas tiene sus especificidades. En el primer nivel asistencial de atención primaria (centros de salud), generalmente la situación de la persona enferma, es muy distinta a la que tiene en el nivel de asistencia secundaria (hospital, y centros de especialidades), y sobre todo cuando la persona se encuentra en el entorno hospitalario con todo lo que ello comporta de dicha situación, en la que la urgencia, gravedad o estado crítico de la persona, plantean una forma de relación delicada para el estado emocional, tanto para el que recibe, como para la que presta la atención.

Pensemos qué puede suceder cuando atendemos al sufrimiento, y si podemos ayudar a aliviarlo con esa parte científica y de arte que tiene nuestra profesión. ¿Qué aportamos a la persona y qué nos puede aportar? Todo ello hay que objetivarlo y medirlo para que si es correcto lo volvamos a reproducir nuevamente. En este caso y en situación

³² Ibid., p. 70.

del paciente terminal, la elaboración de instrumentos que nos pueden ayudar a medir por ejemplo la atención a la espiritualidad nos servirá de guía para una correcta atención. Sobre este tema concreto, ya existe literatura que trabaja sobre ello, queda pendiente también valorar el impacto de mejora en la atención espiritual que se produce en la persona terminal (Benito et al., 2014).

Una correcta intervención, en la que se pueda desarrollar por parte de los/as profesionales la benevolencia como valor humano para el bienestar de las personas con las que se está en contacto personal frecuentemente, no depende solamente de las competencias profesionales adquiridas o desarrolladas laboralmente, sino también, de las condiciones y el contexto en el que se desempeña dicho trabajo. Las condiciones del contexto y la situación personal provocan dilemas, que son fuente de problemas en la actividad laboral diaria.

Ni todas las personas sanas o enfermas a las que prestamos nuestra atención comparten características similares, ni todas/os las/os profesionales trabajan de igual forma, y por tanto tampoco prestan dicha atención de manera idéntica independientemente de su propia situación o de la que se le presenta por parte de la persona a la que se atiende. No hace falta insistir mucho en todo ello si observamos todo aquello que nos rodea, y lo que ha sido recogido por nuestra propia experiencia.

En cierto modo podemos señalar que junto con el propio proceso de “universalización de la sanidad”, la asistencia se ha acompañado de un aspecto “democratizador”, y dicho esto tomándolo entre comillas por las posibles interpretaciones y debates que de ello se pueden derivar. No obstante ambos aspectos positivos, también han sido acompañados por disfunciones que afectan a la relación entre las personas que acceden a los sistemas sanitarios y quienes se encargan de prestar la atención desde la condición profesional, sobre todo en sobrecarga, escasez de recursos, y tiempo de atención.

Es evidente que en nuestro contexto y actualmente con el desarrollo de las distintas disciplinas de ciencias de la salud, tengamos que alejarnos de la visión en la que el peso de la atención recaía básicamente en un tipo concreto de profesional de la salud.

En estos momentos son diferentes profesionales con los que comparten dicho protagonismo (profesionales de la medicina, de la enfermería, psicología, fisioterapia, e incluso en otros casos también con profesionales del ámbito de lo social). En todos estos

casos podemos encontrarnos situaciones similares, en los que el proceso de atención les afecte directamente tanto de forma positiva o negativa para la salud.

Por ello la salud no se circunscribe a la persona, sino que la sobrepasa como hecho social. La situación de salud es un bien social para todas las personas.

A partir de dicha situación es necesario reflexionar sobre el hecho y afirmación siguiente: “*No existen enfermedades, sino las personas que las padecen*”. Por ello no todo, ni toda profesional percibe dichos problemas señalados. Tampoco todas las personas sanas o con diferentes enfermedades o patologías pueden ser tratadas de la misma forma, y tampoco a todas ellas les ocurren las mismas cosas ante una misma situación dada, o un mismo plan terapéutico. Es en este sentido una forma de tener en cuenta las peculiaridades individuales de las personas.

Es necesario por tanto que sepamos situarnos en un contexto cómodo y considerando todo aquello que puede dar lugar a un buen funcionamiento de la relación que desde este sentido, se traducirá en un recurso terapéutico, tan importante como lo pudiera ser el uso de una tecnología intervencionista o diagnóstica y en función evidentemente de cada situación concreta.

La relación entre personas con necesidades de ayuda y la persona capaz de ofrecérsela por parte de profesionales de la enfermería está basada mayoritariamente y derivada de la evolución histórica de la profesión, en el «cuidado» de la salud y mantenimiento de la misma. Al mismo tiempo refleja y se traduce en algunos momentos negativos para la salud del personal, al enfrentarse a diferentes momentos de estrés en situaciones urgentes, agudas o crónicas, dolor, sufrimiento físico de la persona atendida, e incluso la atención a situaciones terminales y muerte.

3.2.1.1. Procesos psicológicos de la relación de interacción

Derivados del psicoanálisis y la psicoterapia de Sigmund Freud y su colaborador Carl Jung, en la relación que se establece entre el terapeuta y el/a paciente, tenemos que hacer referencia a dos conceptos: «*transferencia y contratransferencia*».

En ambos casos y dentro de nuestro proceso de atención, es posible experimentar tanto transformaciones negativas como positivas en el encuentro de interacción profesional-paciente.

«Como es de esperar de todo tratamiento psíquico verdadero, el médico ejerce un influjo sobre el paciente, pero semejante influjo puede tener lugar cuando él es influenciado por el paciente... El encuentro de dos personalidades es como la mezcla de dos cuerpos químicos: si tiene lugar la combinación, ambos se transforman» (Jung, 1935: 30). [Citado en Alonso, 2004, p. 65]³³.

Tener consciencia de las emociones que se están moviendo, y canalizarlas adecuadamente, comprender aquello que los y las pacientes nos transmiten y la relevancia que tiene en la situación actual, se hace totalmente necesario si queremos garantizar parte del éxito terapéutico y un clima óptimo para el desempeño laboral. Son situaciones en que se afectan mutuamente entre los/as profesionales y la persona. Ver **(Figura 3.7)**.

El proceso de «transferencia», se refiere al peculiar fenómeno mediante el cual un/a paciente proyecta inconscientemente hacia el/a profesional que le atiende, sentimientos, vivencias y emociones. En ese sentido podremos encontrarnos con un proceso de «transferencia positiva» cuando se genere un clima de confianza y seguridad en el que se pueda dar la relación de interacción, desde el y la paciente hacia el y la profesional, en el que ambas partes se benefician. Nos encontraremos por tanto en una situación de «transferencia negativa» cuando la situación de lugar a un rechazo, impida o bloquee el proceso adecuado de interacción entre paciente y profesional.

El proceso de «contratransferencia se produce cuando se instala el estado emocional en el/a profesional por el influjo que la persona a la que le presta la atención ejerce sobre su inconsciente. Por dicho motivo hace referencia al conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que se experimenta por el/a profesional en relación con el/a paciente, y se proyectan hacía esa persona.

La «contratransferencia positiva» ofrece la energía, y un estado positivo para comprender a la persona que se atiende, coloca la situación en condiciones óptimas, y genera un clima emocional adecuado para el desarrollo del proceso de atención.

En el caso contrario, la «contratransferencia negativa» es cuando hay desmotivación, interfiere en la objetividad del/a profesional y provoca un clima no cálido en detrimento de una correcta atención para poder intervenir eficazmente, generando hostilidad y desagrado hacia la persona atendida. En la siguiente imagen queda representada la dirección de ambos procesos.

³³ La cursiva es del texto original.

Figura 3.7 Transferencia y Contratrtransferencia.



Fuente: Elaboración propia.

Otros fenómenos que tenemos que tener presentes son la «empatía», entendida como la participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. Entender la situación, o reconocer la emoción de la persona que tienes delante, o situarte en su piel, y ponerse en situación de ayuda y acompañamiento ante el sufrimiento ajeno, son aspectos de dicho proceso. Otro término relacionado con el anterior y que resulta en cierto modo novedoso dada la poca literatura que lo recoge, es el de «ecpatía».

Dicho término hace referencia al mecanismo por el cual evitamos la influencia y sobrecarga emocional, lo que implicaría en nuestro caso un problema para poder seguir ayudando a la persona. Tal como explica de Rivera Revuelta (2004).

La función mental que nos permite no estar centrado en uno mismo y ver las cosas desde el punto de vista del otro se llama **empatía**, literalmente, sumergirse dentro del sentimiento ajeno. Como el sentido musical o la inteligencia, la empatía es un don natural, pero es posible desarrollarlo con el entrenamiento en hacer caso a los demás. Gracias a ella, podemos percibir directamente el sentimiento de otra persona, y así darnos cuenta de su circunstancia y de cómo la está viviendo (...). La **ecpatía** es la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva, y nos permite no dejarnos arrastrar por las emociones ajenas, un riesgo que corren las personas excesivamente empáticas. (p. 245)³⁴.

De ese modo somos capaces de mostrar «empatía», pero utilizamos mecanismos para que aquello no nos sobrepase. A pesar de recibir la influencia emocional de las personas a las que se atienden nos protegemos para que ello no suponga un peligro para la integridad, y poder seguir prestando la atención. Por ejemplo si trabajamos con alguna persona con un serio problema, no podemos dejar que ello nos influya de manera

³⁴ La negrita forma parte del texto original.

exagerada, y que implique con eso una mala calidad en nuestra atención o un sobrecoste emocional. Tendríamos por lo tanto que evitar la situación de contagio emocional derivado del proceso empático de relación.

3.2.2. El estrés y mecanismos de afrontamiento

El estrés a lo largo de su estudio ha sido conceptualizado de diferentes maneras. Por una parte ha sido entendido como un estímulo, bien como una respuesta, y también como un proceso entre las demandas y recursos personales.

Lazarus y Folkman (1986), [citado en Nieto, Abad, Esteban, y Tejerina, 2004, p. 184], definen el estrés como: “*un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal*”³⁵.

De ello se desprende una relación de interacción dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno, que genera un mecanismo de respuesta como consecuencia de las nuevas demandas derivadas de todo el proceso.

Siguiendo a Mechanic (1978), podemos señalar:

El concepto del estrés hay que entenderlo también desde el nivel colectivo, ya que la capacidad de la persona para hacer frente a los problemas está influida por las instituciones de la sociedad, tales como la familia o la escuela, organizaciones éstas diseñadas para desarrollar las habilidades y competencias necesarias para afrontar las exigencias de la sociedad. (p. 147). [Citado en Sandín, 2003].

Así pues Lazarus y Folkman (1984) y Sandín (1999), describen también los mecanismos de afrontamiento o coping como: “*aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo*”³⁶. En nuestro estudio referido al afrontamiento a la muerte.

Bajo este planteamiento, la importancia recae en el control personal sobre la prevención de la situación de estrés, de forma que puede influirse mediante el control para evitar su aparición o minimizar su impacto. Está claro que puede darse el caso de

³⁵ La cursiva forma parte del texto original.

³⁶ Ibid., p.152.

situaciones similares de estrés en diferentes personas, y en unos casos se puede reaccionar de una manera y en otros de otra totalmente diferente. En algunos casos puede aparecer una fase de alerta y situarse expectante ante la situación, pero en otros casos, utilizar la negación o no prestarle atención.

Al mismo tiempo también pueden aparecer estrategias de aceptación o activación del organismo para enfrentarse a ello, e intentar promover un cambio. Los resultados que se obtengan dependerán de las capacidades y recursos personales, y de la situación concreta a la que se enfrenta la persona.

Por ello si la situación es inevitable, es la persona la que tiene que aprender y buscar los mecanismos para poder adaptarse de manera satisfactoria a la misma.

El afrontamiento del estrés consiste pues en todos los esfuerzos cognitivos o conductuales para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta de estrés. Así, los recursos de afrontamiento a la situación estresante pueden actuar de manera efectiva, amortiguando, eliminando, o recuperándose de los posibles efectos perniciosos para la salud que pudieran surgir.

No obstante de las posibles alternativas más comunes para evitar estas consecuencias, la persona o bien se enfrenta directamente y actúa sobre el problema para resolverlo, o bien modifica las interpretaciones sobre el mismo para manejar el malestar emocional. En este caso se plantea una doble valoración cognitiva por parte de los sujetos respecto a la situación dada y los recursos de que se disponen para poder hacer frente a la misma.

Es a partir de dicha valoración cuando surge el problema a resolver y de enfrentarse en nuestro caso, como consecuencia de la puesta en marcha de un proceso de valoración cognitiva, y de respuesta. Así tras dicho proceso podemos encontrarnos con dos posibilidades, que no son definitivas ni excluyentes.

Por una parte la situación puede ser valorada como amenaza o peligro frente a sus recursos que son considerados escasos para poder hacer frente a dicha situación. Así se desencadena la puesta en marcha de los recursos de afrontamiento para intentar recuperar la situación de equilibrio, eliminando o paliando las consecuencias no deseadas.

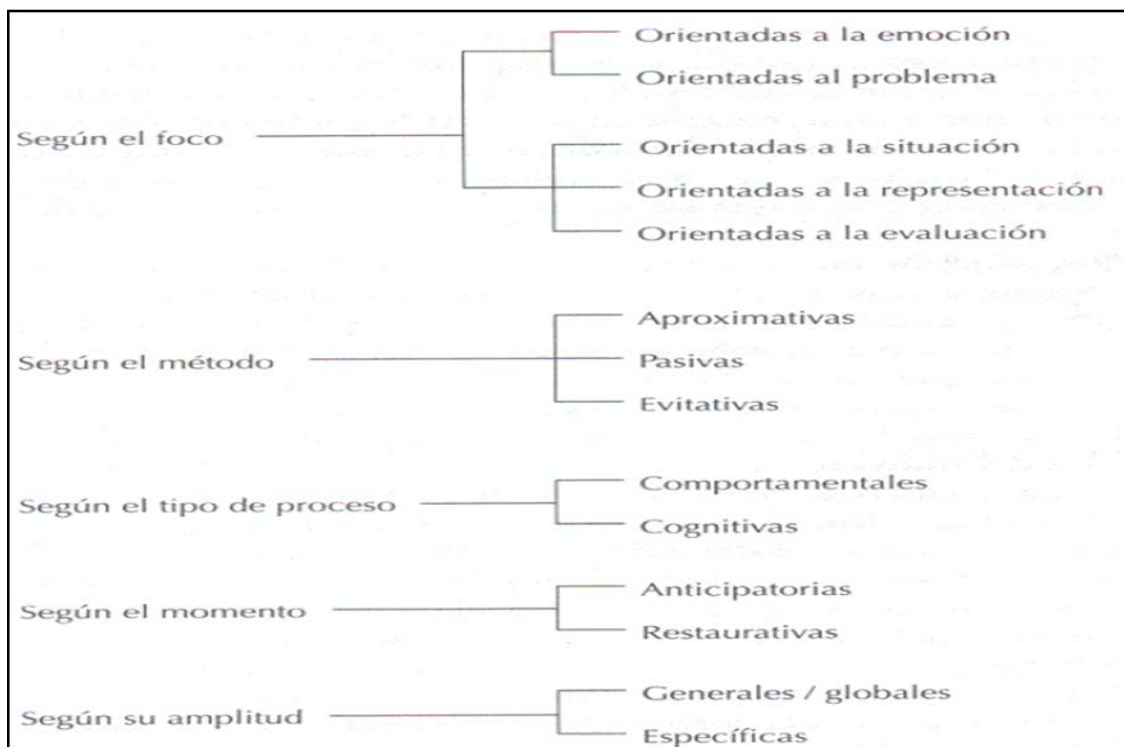
Pero por otro lado puede que si la valoración realizada es interpretada como muy amenazante, la capacidad de respuesta o movilización de recursos sea escasa. Es por ello

que se sucederán reevaluaciones continuas que podrán modificar la intensidad de la situación de estrés, disminuyéndolo en un caso y aumentándolo en otro, lo cual afecta por tanto al bienestar.

Por dicho motivo los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se pueden presentar, pueden dar lugar a situaciones de distrés cuando la situación desborda la capacidad de control, a diferencia del estrés positivo, o eustrés, que puede ser un buen aliado para poder enfrentarse a estas situaciones, y por tanto a la prevención de posibles situaciones estresantes, y sobre todo de distrés.

En la siguiente (**Figura 3.8**), podemos observar diferentes estrategias de afrontamiento.

Figura 3.8 Taxonomía de las respuestas de afrontamiento.

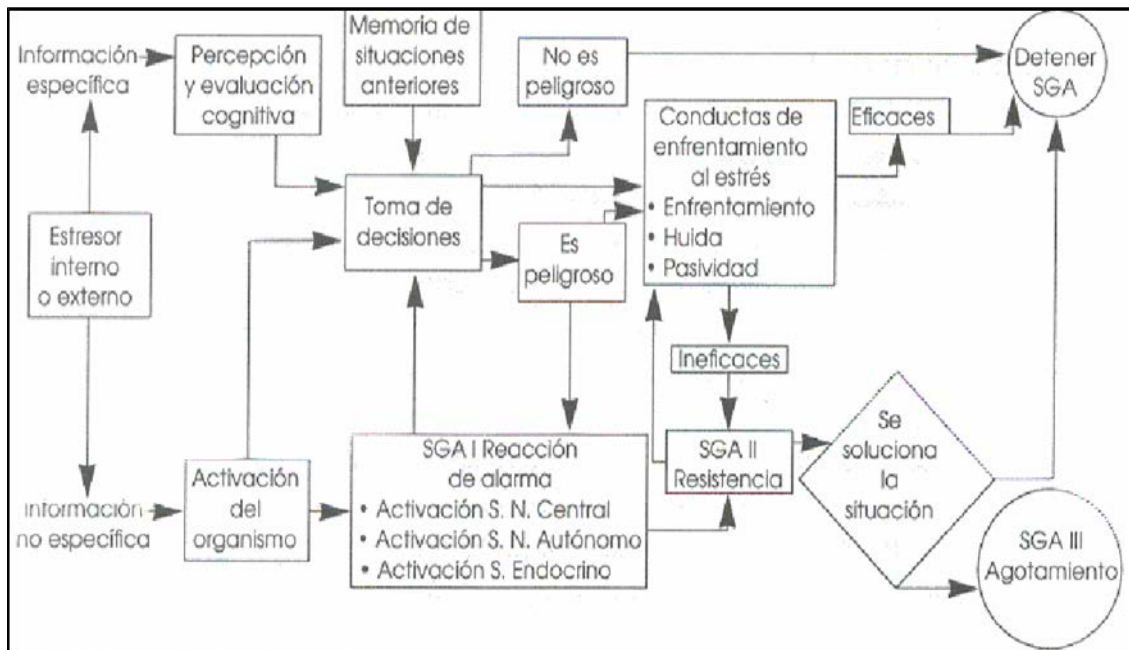


Fuente: (Rodríguez Marín y Neipp López)³⁷.

La respuesta con la que la persona responde a nivel emocional y la conducta final, resulta pues de dicho proceso de análisis entre recursos y demandas entre el individuo y el entorno (**Figura 3.9**).

³⁷ Op. cit., p. 56

Figura 3.9 Diferentes respuestas al estrés.



Fuente: (Labrador y cols., 1991). [Citado en Latorre, 1995, p. 80].

Son muchas las consecuencias negativas que estas experiencias emocionales pueden provocar en la salud, de forma directa afectando a nivel fisiológico en el funcionamiento del organismo, pero también de forma indirecta generando conductas etiquetadas bajo el tópico de no saludables. Ciertas conductas pueden influir en gran medida en el bienestar y estado de salud. Las conductas más recurrentes: comer, consumo de alcohol, fumar, realizar alguna actividad lúdica o practicar ejercicio..., pueden ser usadas como estrategias para la regulación emocional, ya sea para favorecer o inducir bienestar o síntomas positivos para la persona, pero también por lo contrario para evitar o aminorar situaciones o experiencias emocionales que son negativas.

Así por ejemplo, las personas pueden consumir alcohol u otro tipo de sustancias, como mecanismo de escape a los sentimientos negativos, utilizando esto como conducta sustitutiva, en lugar de otro tipo de estrategias.

Es por ello que los estudios establecen dicha relación entre bienestar y salud, lo que implica que el bienestar se encuentra asociado a una mejor salud auto-informada, menor morbilidad, menos dolor y longevidad (Friedman y Kern, 2014).

En la siguiente (Figura 3.10), se presenta un listado de las mismas y su afectación orgánica.

Figura 3.10 Lista de manifestaciones del estrés³⁸.

SUBJETIVOS	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	FISIOLÓGICOS	SOBRE LA SALUD	EN LAS ORGANIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Agresión • Apatía • Aburrimiento • Depresión • Fatiga • Frustración • Sentimientos de culpa • Vergüenza • Irritabilidad • Mal genio • Tristeza • Baja autoestima • Tensión • Nerviosismo • Soledad 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de tomar decisiones • Incapacidad de concentrarse • Olvidos frecuentes • Hipersensibilidad a la crítica • Bloqueos mentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición a accidentes • Consumo de drogas • Explosiones emocionales • Comer en exceso • Falta de apetito • Beber y fumar en exceso • Excitabilidad • Conductas impulsivas • Alteraciones en el habla • Risas nerviosas • Incapacidad de descansar • Temblores 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en los niveles de catecolaminas en sangre y orina • Aumento de corticosteroides en sangre y orina • Incremento en los niveles de azúcar en sangre • Aumento del ritmo cardíaco • Elevación de la presión arterial • Sequedad en la boca • Sudoración intensa • Dilatación de pupilas • Dificultad para respirar • Períodos de calor o frío • "Nudo en la garganta" • Adormecimiento y hormigueo en los miembros 	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Amenorrea • Dolor de espalda y pecho • Trastornos coronarios • Diarrea • Mareos y desvañecimientos • Trastornos gástricos • Poliuria • Cefaleas y migrañas • Trastornos neuróticos • Pesadillas • Insomnio • Psicosis • Trastornos psicosomáticos • Diabetes • Sarpullidos y picores en la piel • Pérdida de interés sexual • Debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismo • Relaciones laborales pobres • Mala productividad • Altas tasas de accidentes • Altas tasas de cambio de trabajo • Mal clima en la organización • Antagonismo con el trabajo • Falta de satisfacción con el desempeño del empleo

Las posibilidades para sobreponerse y asimilar situaciones estresantes dependen pues en gran medida de los recursos personales, los que muchas veces no se conocen, no se dispone o no se potencian lo suficiente para este tipo de situaciones.

Por otro lado desde un enfoque positivo, las personas también pueden desarrollar multitud de conductas con el objetivo de mantener o incrementar sentimientos positivos de bienestar o como mecanismo para amortiguar los aspectos negativos.

Se trata pues de un mecanismo regulador del estado emocional. Un proceso de

³⁸ Ibid., p. 81.

vaciado y filtrado de emociones, para eliminar lo negativo y mantener aquello válido y positivo. Esta situación, al mismo tiempo implica en la persona por su propio interés, una dirección hacia el desarrollo de cualidades positivas para contrarrestar los efectos negativos, pero también es el interés de las instituciones, desde el enfoque salutogénico y la psicología positiva, para el «autocuidado».

Tal como indica Aaron Antonovsky en sus diversos estudios, se puede observar que el estrés es omnipresente e inseparable en el día a día de las personas. A pesar de ello el autor señala la posibilidad y capacidad que tienen las personas para adaptarse positivamente al mismo, e incluso superarlo. Se trata de un mecanismo de respuesta que se desencadena frente a este tipo de situaciones. Y esta respuesta depende del “sentido de coherencia”, y de los recursos generalizados de resistencia (GRRs). Su teoría salutogénica, afirma que la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud”³⁹.

3.2.2.1. El estrés como factor de riesgo en el entorno laboral

Según los datos recogidos por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), en torno a un 22 % del total de la población activa padece estrés laboral (Amadeu, 2015, p.16). En la actualidad ello supone pues una preocupación creciente a escala mundial.

La mayoría de las personas que sufren algún tipo de problema de salud a nivel mental, este problema se encuentra ubicado en el entorno de trabajo, lo que implica que dichos problemas se trasladarán a situaciones de discapacidad para el desempeño laboral.

El personal sanitario, y de forma particular el que se encarga de la atención directa a personas, se encuentra sometido diariamente a diversidad y multiplicidad de situaciones estresantes, lo que les hace estar en constante exposición a factores de riesgo. En ese sentido, podemos señalar riesgos que se encuentran relacionados con la seguridad, el clima laboral, las relaciones interpersonales, las cargas de trabajo física y mental, rol, tipo de tarea y control sobre la misma. Riesgos que por otro lado no son muchas veces considerados por la institución y/o el propio personal sanitario.

Según se recoge en el resumen ejecutivo del informe: “Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention - Executive summary” elaborado por

³⁹ Mejía. Op. cit., p. s. n [Página sin numeración. Elaboración de numeración propia: p.2].

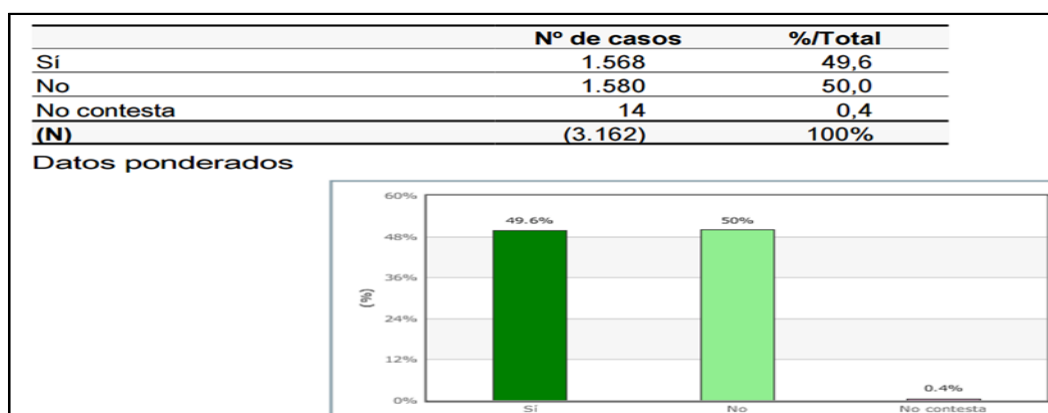
EU-OSHA y la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound), en el apartado de conclusiones, se señala:

En Europa, el 25 % de los trabajadores afirman que experimentan estrés relacionado con el trabajo durante todo o casi todo su tiempo de trabajo, y un porcentaje similar declara que el trabajo tiene un efecto negativo en su salud. Los riesgos psicosociales contribuyen a estos efectos negativos del trabajo. (EU-OSHA, 2014b, p. 1).

Entre las causas más frecuentemente mencionadas de estrés relacionadas con el trabajo están la reorganización o la inseguridad en el puesto, trabajar muchas horas, la atención directa, y una carga de trabajo excesiva.

En la siguiente (**Figura 3.11**), a pesar de no tratar los datos de forma desagregada y no ser específico sobre personal sanitario, se observan datos globales en el que el 49,6% de personas contestaron afirmativamente al riesgo psicosocial derivado de tener que tratar con clientes, pacientes o alumnado difícil, según la segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER 2) de 2014⁴⁰.

Figura 3.11 Riesgo psicosocial derivado de tratar con clientes, pacientes o alumnos difíciles.



Fuente: (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2014)⁴¹.

En el caso concreto de la atención directa, el continuo contacto con el sufrimiento, el dolor, la atención a la urgencia, la incertidumbre, las situaciones límite o la enfermedad terminal, son aspectos que contribuyen a ello.

⁴⁰ Realizada a empresas públicas y privadas con cinco o más trabajadores y pertenecientes a cualquier sector de actividad económica.

⁴¹ Para más información se puede consultar: <http://encuestasnacionales.oect.es/>

Riesgos para la seguridad y la salud. Exposición a riesgos psicosociales.

No obstante en el estudio del estrés en el personal sanitario dos situaciones contrapuestas son señaladas mayoritariamente. Por un lado el alto nivel de estrés que puede desembocar en fatiga, agotamiento emocional, desgaste, burnout, y por otro lado la satisfacción en el desempeño profesional.

De todo ello da cuenta ampliamente la literatura revisada, que señala el caso de agotamiento de forma generalizada, y muy relevante en algunas áreas de atención como los servicios de urgencia, unidades oncológicas, salud mental, y unidades de críticos/cuidados intensivos. Así las unidades de pacientes críticos/cuidados intensivos, por ejemplo constituyen un ambiente idóneo donde se evidencian situaciones de estrés. Sin embargo el problema todavía es peor, según recoge el estudio realizado por Bakker, Le Blanc, y Schaufeli (2005), en 12 países del entorno europeo en estas unidades. La conclusión del estudio señala la existencia incluso de contagio emocional del agotamiento entre el personal de enfermería.

Según indica Cottrell (2001), este colectivo presenta tasas más altas de enfermedad relacionada con el estrés y varias quejas mentales y somáticas (Geiger-Brown et al., 2004; Gibb, Cameron, Hamilton, Murphy y Naji, 2010).

Es decir nos encontramos en una situación de mimetismo del problema, que se produce a nivel cognitivo tanto de forma consciente como no consciente entre profesionales de una misma unidad. No es solo un problema de las personas que están mal, puesto que aquellas que no lo están, acaban también impregnándose del mismo.

La situación de amenaza derivada del proceso de atención a las personas, ya se sabe por tanto que afecta a la integridad global de la persona, tanto física, como psíquica, familiar y social. Ello puede plantear entonces verdaderas situaciones problemáticas que afectan directamente al rendimiento laboral.

No obstante la persona podrá responder en función de las transiciones desde la interpretación del proceso, su comprensión y posterior asimilación, mediante un mecanismo de adaptación a dicha situación, o no responder favorablemente en caso contrario. Estas transiciones, son un condicionante para el desarrollo de mecanismos de respuesta que permitan restablecer en lo posible la normalidad dentro del entorno en el que aparece esta situación.

Dichos mecanismos de respuesta se encuentran relacionados con la salud del

personal que desempeña su rol laboral, de manera que Rodríguez y Alvarado (2013), en el estudio sobre la salud, el optimismo y afrontamiento en trabajadores que desempeñan su labor en contextos altamente estresantes, al revisar la literatura sobre el tema indican lo siguiente:

Se ha encontrado que las personas optimistas presentan menos síntomas físicos en general (Martínez, Reyes del Paso y González, 2006), (...). De esta forma, se considera al optimismo como uno de los constructos que presenta una relación positiva para la salud (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010; Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009), siendo un factor independiente y predisponente para el bienestar (Vera-Villaruel y Silva, 2012). [p. 151].

Las autoras midieron distintas variables de salud utilizando el General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg y Hillier (1979), en su versión española desarrollada por Lobo y Muñoz (1996), que permite identificar la incapacidad para realizar las funciones saludables normales y la manifestación de fenómenos perturbadores en el sujeto.

En sus resultados señalan que las personas participantes en el estudio que se identificaron con mejor salud, eran aquellas que usaban más estrategias de afrontamiento asociadas con aceptar y buscar los aspectos positivos de las situaciones a las que se enfrentan⁴².

Por otro lado también señalan en su estudio que existen estilos favorecedores de la salud, como la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, que podrían ser considerados en planes de intervención de salud como «autocuidado».

Pero sin duda estas situaciones extensibles al contexto de los estresores crónicos, también favorecen y ofrecen la oportunidad al sujeto de experimentar cambios positivos a nivel personal y social. Los aspectos de oportunidad única para replantearse la vida, para crecer y fortalecerse mediante el «autocuidado», pueden ser de suma importancia, y así se recoge desde el enfoque de la psicología positiva haciendo referencia por ejemplo al concepto de «resiliencia», como proceso para afrontar la adversidad y recuperación.

⁴² Señalar que el estudio fue realizado en Chile, la muestra fue de 119 participantes y obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. A pesar de ello, los resultados revelan la importancia de tener en cuenta los aspectos del cuidado, junto con los estilos de afrontamiento en situaciones estresantes, tanto por parte del sujeto, como de forma institucional.

Concepto que más adelante procederemos a explicar.

Es el trabajo del día a día, el que provoca situaciones críticas y delicadas para los y las profesionales, tanto por las condiciones en algunos casos poco saludables, como también por el trabajo realizado y/o su dificultad e implicación. Ello favorece la situación de riesgo personal, en el que cuidarse para poder cuidar se convierte en una alianza estratégica y mecanismo protector para la persona. No basta pues tener las competencias necesarias para la actividad desempeñada, se trata al mismo tiempo de poder desarrollarlas correctamente. Esta idea nos lleva a plantearnos y reflexionar sobre nuestras intervenciones diarias en el entorno laboral, cuando las situaciones en las que se produce una demanda de atención continua sobrepasan la capacidad personal de poder responder a la misma.

Cuando trabajamos con personas en condición de fragilidad o situación crítica, dicha situación posiblemente no tiene límites en términos de demanda inducida por las múltiples y posibles intervenciones a realizar y por dicho motivo los límites tienen que ser establecidos por parte de las personas que desempeñan su labor profesional, y a nivel institucional.

Con ello se pretende utilizar barreras frente a estresores, y sistemas protectores para favorecer la recuperación y el aporte de energía, y que en caso contrario favorecería el desgaste profesional. Es sobradamente conocido que la presencia de altos niveles de estrés en el personal de enfermería, se asocia positivamente con el síndrome etiquetado en estos casos como «burnout», en sus tres dimensiones (*agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal*) como seguidamente se va a explicar.

3.2.3. El Síndrome de Burnout

En el desempeño de una actividad laboral, sobre todo cuando se realiza en el contexto de la interacción con personas, específicamente con situaciones estresantes y emocionalmente demandantes en las que se encuentra presente el sufrimiento humano, es común encontrar manifestaciones, signos y síntomas de malestar en las personas que desempeñan dicha actividad.

Se trata de un problema característico de los trabajos del sector servicios y principalmente de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el «usuario/a, cliente/a, paciente» y al que se añaden otros factores propios

del contexto laboral del desempeño y derivados de la propia institución donde trabajan (organización, cargas de trabajo, horarios, retribuciones...).

Este tipo de profesionales, son sin duda las personas que se encuentran más expuestas, a riesgos psico-emocionales como consecuencia del rol laboral desempeñado.

Es por ello que el trabajar en ambientes con riesgo o poco saludables, tanto por los actos que se realizan como por las situaciones que se abordan, suele implicar sufrimiento físico, psicológico y repercusión en lo social, individual y colectivamente, en las personas que actúan como agentes de la atención social y sanitaria.

Así en el estudio realizado a personal médico y de enfermería de servicios de urgencias y emergencias de España por Escribá-Agüir, y Pérez-Hoyos (2007), plantean el bienestar psicológico y psicosocial como resultado de las características del entorno de trabajo. El estudio midió la variable de resultado el «bienestar psicológico» medido por dos dimensiones: Una dimensión de la Encuesta de Salud SF-36 (salud mental, vitalidad) y la dimensión de agotamiento emocional del cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), a través de la variable explicativa que fue el ambiente de trabajo psicosocial. Las elevadas demandas psicológicas junto con la falta de apoyo por parte del resto de profesionales, suponen una mala salud mental y emocional en ambos colectivos, aunque en este caso mala salud mental superior en el personal médico y gran agotamiento emocional en el personal de enfermería.

Dichas situaciones provocan consecuencias negativas de malestar que son susceptibles de ser expresadas de múltiples maneras, pero sin duda en el contexto sanitario la más señalada, conocida y sobre la que más literatura se ha vertido sobre el tema, es el desgaste profesional, o «Síndrome de Burnout».

El «Síndrome de Burnout», o también conocido como síndrome de estar quemado, es una respuesta como consecuencia a una exposición al estrés laboral de manera crónica, en aquellas actividades dedicadas a la prestación de servicios caracterizados por una interacción constante, y directa con las personas receptoras de dicha actividad, junto con el hecho de que las condiciones organizacionales del entorno, también juegan en contra.

Según se recoge en el trabajo de Pérez (2010), en el año 1974 Herbert Freudenberger médico psiquiatra, durante su trabajo con personas con toxicomanías, pasados unos pocos años observó que la mayoría de profesionales que se encargaban de

la atención, sufrían diversas alteraciones y cambios al realizar su actividad.

En el ejercicio de la atención prestada, esta se acompañaba con una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar a un estado de total agotamiento, y al mismo tiempo, síntomas de ansiedad y de depresión.

Esta situación fue descrita con el término de «burnout», traducido como estar quemado, y que básicamente se trata de una forma en la que se ponen de manifiesto los efectos negativos del estrés psicosocial en el contexto laboral, en el que la persona se siente desbordada, e impotente.

Actualmente y desde hace ya tiempo, son muchos los estudios que han dirigido su mirada y preocupación por conocer los factores que afectan al bienestar y la salud en el entorno laboral. Multitud de estudios a partir de la década de los años 80, abordan estas situaciones estresantes relacionadas con la salud y la calidad del servicio prestado. Solo hace falta realizar una búsqueda sencilla en una base de datos cualquiera para hacernos una idea, y observar la cantidad de trabajos publicados sobre ello.

Por ejemplo a través del servicio de bibliotecas de la Universitat de València, utilizando el recurso, concretamente desde la base de datos multidisciplinar «Scopus», se realizó una búsqueda, para visualizar este hecho.

Para establecer la estrategia de búsqueda, se siguieron las recomendaciones señaladas por Faus y Santainés (2013). Haciendo uso de los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) para publicaciones desde 2010, con los términos «burnout y enfermería» (como palabra o término en inglés), y utilizando los operadores booleanos (AND), la ecuación de búsqueda resultó según la siguiente estructura: TITLE-ABS-KEY(burnout)AND TITLE-ABS-KEY(nursing) AND PUBYEAR > 2009 AND (LIMIT-TO(SUBJAREA,"NURS")). Con ello se obtuvieron como resultado 821 documentos, con fecha de búsqueda de 26/10/16.

Concretamente una de las autoras más citada en la literatura es, Cristina Maslach, que junto con Jackson, definen el fenómeno como un síndrome tridimensional complejo y derivado de una situación de estrés crónico, a partir del cual se miden mediante el instrumento (MBI) las dimensiones de:

1. Agotamiento emocional: Cansancio y fatiga que puede manifestarse tanto física como mentalmente. Expresado como no poder dar más de sí mismo.

2. Despersonalización: Situación en la que se desarrollan respuestas negativas, actitudes, frialdad afectiva y sentimientos distantes dirigidos hacia aquellas personas sobre las que debe dirigirse la atención.

3. Falta de realización personal: Falta o imposibilidad de desarrollo o logro personal, generando desilusión y desánimo en el ámbito laboral, en la propia vida, y baja autoestima, ante la sensación de fracaso hacia los logros personales.

La escala MBI es uno de los instrumentos más utilizados para medir el «burnout» en diferentes profesionales y en determinados contextos, por ello se está revisando su utilización de forma que se ajuste lo más exactamente posible a cada situación.

Kamal et al. (2016), realizaron un estudio en organizaciones de cuidados paliativos en los EE.UU utilizando el MBI-22, mediante una encuesta electrónica a personal de la Academia Americana de Hospicio y Medicina Paliativa (AAHPM), concretamente a 1357 profesionales, para medir factores influyentes en la aparición de «burnout», señalando la existencia de factores personales (antigüedad en el puesto, edad, sexo...), y organizacionales modificables (horas de trabajo, rol y responsabilidad...).

Las conclusiones indican que el agotamiento es un fenómeno muy común, generalizado, afectado por multitud de variables, con ello se evidencia la complejidad de abordaje del problema, por la amplia variabilidad de aspectos que afectan al constructo.

Por tanto es necesario implementar estrategias de manera urgente para mitigar los efectos que se producen sobre el personal que trabaja en las instituciones. Las intervenciones implican entre otras al nivel organizativo, el tamaño de los equipos y horas trabajadas. El hecho de practicar por ejemplo habilidades de «resiliencia», se señala como factor protector.

Con el paso del tiempo y tras diferentes investigaciones se está intentando clarificar un poco más el término, y ello ha llevado a considerar otros aspectos antes no contemplados. Así podemos señalar:

Al mero concepto de “estar quemado” se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios,

pero también a sí mismo (Mingote, 1998)⁴³.

Albendín et al. (2016), tras una revisión sistemática de la literatura sobre «burnout» en profesionales de enfermería del servicio de urgencias, destacan principalmente la presencia de factores de riesgo sociodemográficos, como las causas principales de aparición.

Los trabajos revisados señalan niveles intermedios y altos en todas las dimensiones y concluyen que la prevalencia en el personal de enfermería de los servicios de urgencias es alta. Señalan diferencias en factores como el sexo, edad, experiencia, satisfacción, compromiso, factores psicológicos como la ansiedad y otros laborales como la carga laboral, el tipo de hospital, la antigüedad, el servicio, y la turnicidad como, factores altamente relacionados con «burnout». En este último caso señalan que “El turno también parece asociado con el desarrollo del burnout; los enfermeros con turnos exclusivamente diurnos se sienten más realizados que los profesionales con turno rotatorio (García-Izquierdo y Ríos, 2012; Melita et al., 2008)” [p. 141].

En definitiva todos los estudios plantean factores y variables personales y organizacionales que actúan a nivel predictor, facilitador o protector, incluso entre distintas profesiones. Rasgos de personalidad como (neuroticismo, amabilidad, extraversión y conciencia), establecen un perfil de riesgo inicial del síndrome de burnout en enfermería según Cañadas-De la Fuente et al. (2015).

Por lo tanto, son muchos los factores señalados por diferentes estudios y sobre los que se está estudiando como los que se pueden ver en la siguiente (**Tabla 3.4**), y todos afectan al bienestar y la salud laboral profesional.

Estos factores junto con una serie de variables influyen en la vulnerabilidad al desarrollo de «burnout». Si atendemos a las dimensiones señaladas, por ejemplo las investigaciones presentan algunas diferencias, lo que indica que habrá que seguir investigando sobre ello para ver la magnitud exacta del problema.

Tabla 3.4 Variables y estresores laborales predictores del burnout.

- Demandas emocionales
- Indefensión aprendida
- Personalidad resistente
- Patrón de conducta tipo A
- Estrategias de afrontamiento inadecuadas

⁴³ Pérez. Op. cit., p. 3.

<i>Continua de la página anterior</i>		
VARIABLES PERSONALES	APECTIVO-COGNITIVAS-EMOCIONALES	- Autoeficacia - Neuroticismo/ansiedad-rasgo - Baja tolerancia a la ambigüedad - Locus de control - Interés social - Auto-concepto vs Autoestima - Expectativas personales
	BIOLÓGICO-DEMOGRÁFICAS	- Sexo - Edad
VARIABLES DIFERIDAS DE LOS SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN LABORAL	VARIABLES DEL CONTEXTO AMBIENTAL	- Apoyo social - Comunicación - Satisfacción vital - Exigencias vitales - Recursos de afrontamiento familiares
	VARIABLES ORGANIZACIONALES	- Sobrecarga de trabajo - Conflicto y ambigüedad de rol - Falta de control o de autonomía en el trabajo - Incongruencia organizacional
	VARIABLES DEL CONTEXTO LABORAL	- Carga mental del trabajo - Inadecuación profesional - Adicción al trabajo - Vivencia continua del sufrimiento y de la muerte - Trabajo por turnos y nocturno - Ergonómicos - Uso de las nuevas tecnologías
	VARIABLES ESTRUCTURALES	- Generales - Propias del trabajo - Estructurales dependientes de la dirección

Fuente: Elaboración propia. Obtenido de (Fernández Fernández, 2011). [pp. 69-85].

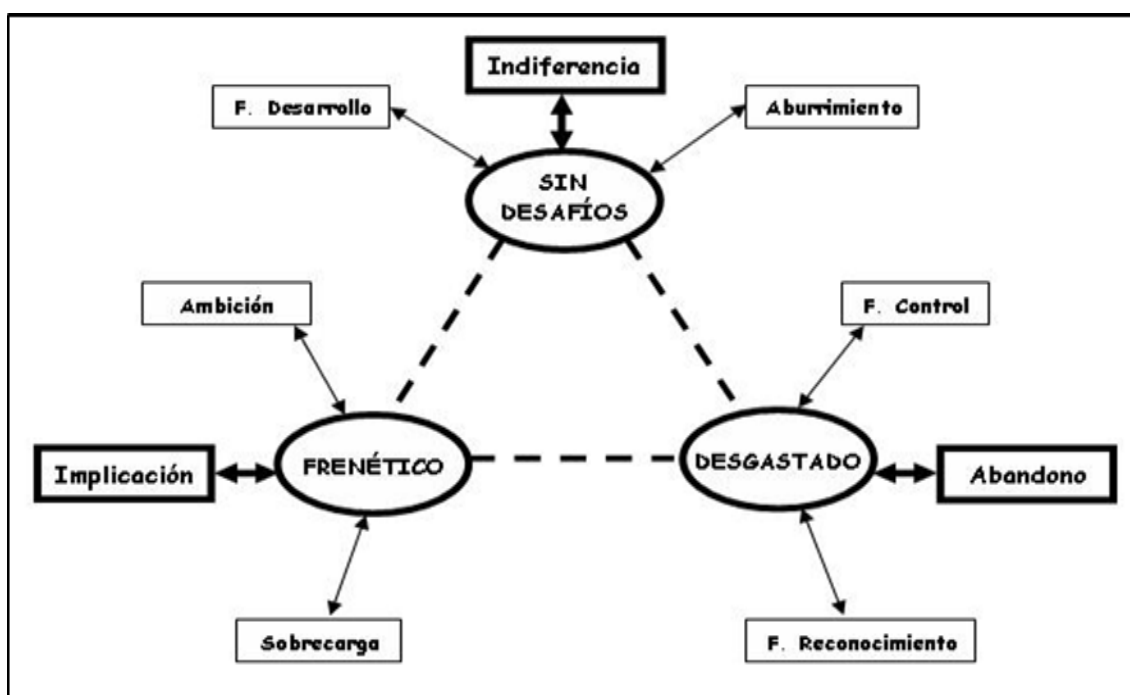
No obstante la literatura, también plantea diferencias en la forma de entender este problema, considerando por una parte una situación de llegada o un proceso de recorrido, considerando esta situación, o bien como un estado patológico al que llega la persona, o bien como un proceso que acompaña el día a día en el entorno de trabajo, tal y como se recoge en la siguiente cita:

Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” o burnout sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (Rodríguez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997). Desde esta última perspectiva, el burnout podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias. [Citado en Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz, 2010, p.170].

Al mismo tiempo, también se observa en otros contextos no sanitarios. La investigación en el contexto universitario, por ejemplo ha ido profundizando sobre el tema y ha permitido poder establecer diferentes perfiles. Ver (Figura 3.12).

- a) **Perfil frenético:** Caracterizado por excesiva implicación laboral.
- b) **Perfil sin desafíos:** El trabajo ha perdido el atractivo y se muestra indiferencia.
- c) **Perfil desgastado:** Percepción que lo realizado no es reconocido a pesar de los esfuerzos.

Figura 3.12 Representación gráfica de la caracterización conceptual del modelo.



Fuente: (Montero, García Campayo, Mera, y del Hoyo, 2009, p. 12).

Desde la Universidad de Zaragoza, el profesor Montero (2014) señala que en España se ha avanzado considerablemente en el estudio, pero no en medidas de intervención sobre el problema. Así en algunas profesiones puede llegar al 60% de prevalencia⁴⁴. “En la sanidad y la educación la prevalencia es enorme. También en otras profesiones en las que se atiende a personas. Por lo general, en las relaciones interpersonales -si no se logra conducirlas bien- pueden llegar a ser muy estresantes”

⁴⁴ Para más información consultar la entrevista realizada en: http://www.sermedico.com.uy/salud/-/asset_publisher/E2NhriQyZSXC/content/entrevista-a-jesus-montero-especialista-espanol-en-burnout?template_sofis=10719

(párr. 13).

En el estudio del «burnout», estamos en el vagón de cola en cuanto a la aplicación de medidas preventivas “«las empresas no están entendiendo la entidad del problema»”, lo que califica de «miopía».

“La mayoría de empresas todavía no piensan en las personas como capital humano que merece protección”. “Con solo un 11% de empresas que hacen evaluación de riesgos psicosociales, España está a la cola de la Unión Europea”⁴⁵.

“El capital humano es un valor muy importante en las compañías. A una persona formada que desempeña bien su trabajo, hay que cuidarla”⁴⁶ (Montero, 2015, párr. 6).

A pesar de lo señalado respecto a la escasez de intervención sobre el problema, ya están empezando a aparecer experiencias con intervenciones utilizando técnicas de relajación, mindfulness, y ciertos tipos de ejercicios, a partir de las cuales se han mostrado mejoras para tratar problemas asociados al estrés y al dolor crónico. Como ejemplo, Montero señala la experiencia con el grupo Inditex, donde comprobaron que tras dedicar los últimos diez minutos de la jornada laboral a realizar ejercicios de estiramientos, los indicadores de agotamiento de los empleados se redujeron de forma notable.

Visto lo anterior señalado por la literatura, y dado que la implementación de medidas correctoras o de intervención para ello están ausentes la mayoría de las veces, es por lo que la importancia del «autocuidado» como mecanismo protector puede actuar frente a estas situaciones señaladas y contrarrestar el efecto nocivo de las mismas. Por una parte potenciando características inherentes a la persona a nivel emocional, o bien mediante el entrenamiento y adquisición de otras que permitan minimizar o evitar el problema y sus consecuencias.

Esto significa que es también un tema básico por su relación directa con la CVL, sobre el que poco a poco tendremos que dirigir el foco de atención y seguir profundizando mediante la investigación, estudio e intervención en el lugar de trabajo. Entre las recomendaciones para estudiar las relaciones que se establecen con la satisfacción laboral se encuentra la necesidad de realizar estudios longitudinales que analicen de manera bidireccional la relación causa-efecto entre estas variables (Figueiredo-Ferraz, Grau-

⁴⁵ Amadeu. Op. cit., p.18.

⁴⁶ http://economia.elpais.com/economia/2015/06/12/actualidad/1434119451_861624.html

Alberola, Gil-Monte, y García-Juegas, 2012).

También como estrategia, su estudio y formación en el currículum académico de distintas disciplinas y profesionales, con el intento de crear una cultura protectora frente a estas situaciones.

3.2.4. Fatiga por compasión: Desgaste profesional por empatía

A partir de la siguiente cita, planteamos el desarrollo del constructo «fatiga por compasión» (F C), centrando la atención en los procesos de interacción entre profesional y paciente. Nos alejamos por tanto de aquellos aspectos del contexto organizacional, pero no de forma excluyente porque la mayoría de las veces ocurren de forma solapada.

El hecho de que la mayoría de los profesionales de la salud pasen gran parte de su tiempo interactuando con pacientes y familiares de estos, previniendo enfermedades, cuidando la salud y realizando rehabilitaciones luego de una enfermedad puede producirles muchas satisfacciones, pero al tratarse de tareas complejas también puede producirles muchos problemas y tensiones de manera que no es inusual que experimenten una gran carga emocional, que podría ir incluso acompañada de sentimientos de ansiedad, tensión, miedo o incluso hostilidad encubierta (Gil-Monte y Peiró, 1997a). [Citado en Ojeda, 2016, pp. 2-3]

Si nos centramos en el/a profesional de enfermería, el artículo 18 del Código Deontológico de la Enfermería Española recoge lo siguiente:

Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse (Organización Colegial de Enfermería, 1989).

Como podemos observar en el párrafo anterior, en el Código Deontológico, se contempla durante la práctica diaria, y en este tipo de situaciones de atención y/o cuidado, el concepto de “*compasión*” ante el sufrimiento, como aspecto a tener en cuenta en la globalidad de la actividad, junto con la competencia.

La Real Academia Española (RAE), define «compasión» como: “Sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien” (RAE, 2016). Es así como la empatía, y ponerse en la piel de la otra persona facilita la comprensión de la situación. La compasión se traduce en este caso en pasión con el propósito de prestar ayuda, y

desemboca en el proceso de transferencia y contratransferencia señalado en el apartado (3.2.1) del marco conceptual. Ello implica un proceso y vivencia emocional, que como consecuencia de la interacción entre profesionales y las personas a las que se atiende, se transforma en una experiencia conjunta de sufrimiento por la situación compartida. No obstante no existe todavía mucha literatura que aborde este aspecto de la interacción y la «compasión» en el ámbito de la atención socio-sanitaria, aunque en la actualidad ya se está generando un interés creciente y que antes no existía sobre el mismo.

El interés sobre dicho concepto aplicado al campo de la salud, y más concretamente a la intervención que realiza el personal sanitario, ha ido creciendo los últimos cinco años aproximadamente, y la mayoría de los estudios han sido realizados en Estados Unidos y el Reino Unido (Sinclair, et al., 2016).

Por lo tanto resulta necesario seguir avanzando en su estudio como bien indican las investigaciones actuales para definir exactamente su constructo.

Al mismo tiempo, es importante entender que la «compasión» es un componente necesario para la atención a las personas, tal y como se recoge en la literatura: “La compasión es la esencia de cuidar, y por lo tanto la esencia de la enfermería, y sin embargo, no siempre es el foco central de la práctica de enfermería (Chambers y Ryder 2009)”, [citado en McCaffrey y McConnell, 2015, p. 2]. No obstante puede suponer un proceso de satisfacción o desgaste emocional. En este último caso en términos similares a lo que ocurre cuando una persona cuida a un familiar y desarrolla el fenómeno descrito denominado sobrecarga del/a cuidador/a, pero en este caso en el contexto de los cuidados formales.

Aunque la empatía permite experimentar una gran satisfacción en el trabajo, la exposición repetida a las emociones de los demás puede conducir a desgaste. Así pues, cuando lo que sucede es un desgaste, tenemos que hacer referencia a este constructo denominado FC. Término que ha empezado a formar parte de manera reciente en los estudios que abordan el problema del desgaste que sufren las y los profesionales que se encargan del cuidado y atención directa a personas.

El término –compassion fatigue– fue utilizado por primera vez en una revista de enfermería por Joinson (1992), para describir situaciones en las que las enfermeras presentaban dificultad para experimentar sus propios sentimientos o sentían impotencia y rabia en respuesta al estrés que padecían, al estar en contacto con pacientes que atendían a diario en

el servicio de emergencias hospitalarias (De Lucas y cols., 1998). [Citado en Gómez Martínez, Gil, Castro, Ruiz, y Ballester, 2015, p. 210].

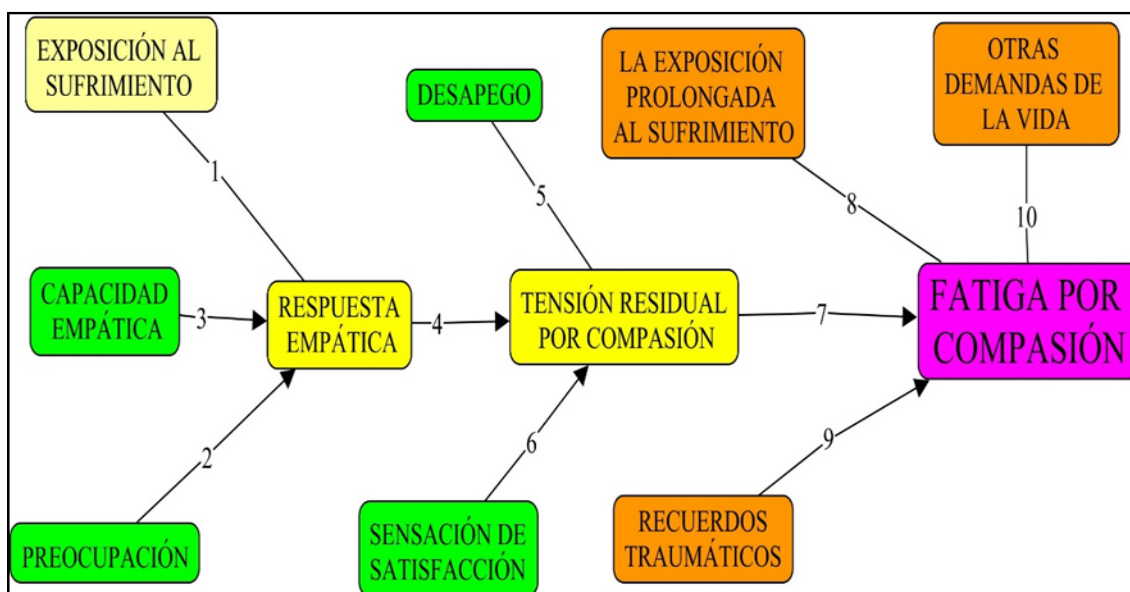
Según Figley (2001), se puede entender como: "sensación de profunda simpatía y pesar por otra persona, que está afectada por el sufrimiento o desgracia, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o eliminar su causa" [párr. 4]. Ver (Figura 3.13).

Como recoge Myezyentseva (2014), el problema se plantea cuando el componente compasivo desaparece del escenario de atención como consecuencia de situaciones en las que el desgaste y la fatiga desbordan la capacidad de actuar como profesional.

Por lo tanto es necesario intervenir sobre ello.

La fatiga por compasión progresa desde un estado de malestar que, si no se borra en sus etapas iniciales, puede alterar de manera permanente la capacidad compasiva de la enfermera. Debido a ello, hay una necesidad de desarrollar unos programas para gestionar la fatiga por compasión en las enfermeras, reducir el estrés y mejorar su bienestar. [p. 2].

Figura 3.13 El proceso de fatiga por compasión.



Fuente: Elaboración propia. Obtenido y traducido de (Figley, 2001).

Por lo tanto, para entender el papel que juega y cómo afecta la FC, hay que tener en cuenta el breve recorrido histórico de su estudio, y al mismo tiempo el posible enmascaramiento por ejemplo con otros términos similares como el «burnout».

Se sabe por diferentes estudios, que por ejemplo la afectación del estado emocional está presente en profesionales, con un intervalo de vida laboral entre 5 y 10 años

aproximadamente. Un estudio en las unidades de cuidados intensivos en hospitales de Cataluña, realizado por García, Roca, Carmona, y Olona (2004), indica que el personal de enfermería que se encontraba en dicha franja presentaba niveles altos de desgaste emocional.

No podemos olvidar tampoco lo señalado respecto a la situación contraria a la que se refiere el personal cuando manifiesta el sentimiento de SC, dado que incluso podría presentarse de manera conjunta.

Este breve recorrido sobre el estudio del concepto, se puede comprobar siguiendo la misma estrategia/ecuación de búsqueda utilizada para el término «burnout».

Para hacernos una idea de la cantidad de producción científica, y sin entrar en la valoración del contenido, la literatura arroja un volumen mucho menor de documentos obtenidos.

En este caso el término FC viene recogido como término y descriptor exacto en español: (desgaste por empatía), y en inglés: (compassion fatigue), quedando la búsqueda según la siguiente estructura: TITLE-ABS-KEY(compassion fatigue)AND TITLE-ABS-KEY(nursing) AND PUBYEAR > 2009 AND (LIMIT-TO(SUBJAREA,"NURS")), y el número de documentos obtenidos mediante el uso de la base de datos Scopus, a fecha de 26/10/16, fueron 124. Volumen muy inferior al obtenido para «burnout», lo cual coincide con el estudio reciente del concepto y lo señalado por la literatura consultada, en la que se indica que el número de investigaciones es limitado⁴⁷.

Según indicaban hace un poco más de una década Maytum, Heiman, y Garwick (2004), uno de los sectores donde todavía no existía mucha investigación y poco se sabía acerca de la experiencia de la FC y del agotamiento, es en el personal de enfermería que trabaja con población infantil con enfermedades crónicas.

Seguramente como hemos señalado, quedaba oculta con otras situaciones de estrés y agotamiento. En el estudio se identificaron algunos factores que intervenían en la aparición de este proceso: el cuidado y estado de los y las pacientes, el comportamiento desafiante, el cuidado inútil, problemas del sistema, las cargas de trabajo, las decisiones de gestión, las experiencias y límites personales.

⁴⁷ Gómez Martínez. Op. cit., p. 211.

Ruyschaert (2009), señala también factores a nivel personal, entre ellos tener un pobre «autocuidado», alguna situación traumática no resuelta del pasado, situación de estrés que escapa al control personal, y la insatisfacción laboral. Sin embargo ante la posibilidad de padecer FC, la SC se considera una aliada por el estado de alegría y plenitud que se genera en la persona en el acto de ayudar.

Otros factores señalados relacionados con la FC son trabajar a tiempo completo y ser mujer. La edad, nivel de educación avanzada, y la experiencia disminuían su aparición.

Los factores laborales como la exposición a eventos traumáticos, o tener insuficientes recursos se relacionan con FC. El tipo de contrato (fijo o discontinuo), y el turno (fijo de mañanas o rotatorio) también se relacionan respectivamente con FC en el segundo de los casos. Tener conocimientos sobre la FC actúa como protector. Los factores psicológicos como el estrés, se relacionaban con FC. En el caso de la satisfacción laboral y la SC, actúan como elementos protectores. Los factores de soporte como la adquisición de conocimientos y programas de apoyo, también son protectores frente a la FC⁴⁸.

No obstante, estas situaciones descritas en el personal que desempeña su actividad diariamente, también están descritas en personal novel en el proceso formativo o en la recién incorporación al ámbito laboral (Meyer, Li, Klaristenfeld, y Gold, 2015). Pero tampoco se prepara en las aulas para la experiencia de presenciar el dolor y el sufrimiento (Barkin, 2014).

Por lo tanto se puede entender que el abordaje científico del concepto FC, ha iniciado de forma muy reciente su camino para un conocimiento profundo del mismo, lo que implica la necesidad de ir avanzando para clarificar el término, establecer límites y diferenciación, determinar factores y contextos que intervienen en su desarrollo, respuestas, problemas que provoca, y posibles formas de intervención.

Los diferentes estudios recogen las distintas respuestas y su afectación en las áreas personal y profesional (**Tabla 3.5**), y suele ser habitual también como hemos señalado en la argumentación del marco teórico, centrarse en la problemática derivada en estas situaciones. Al mismo tiempo recogen estrategias para evitar o minimizar el problema.

⁴⁸ Myezyentseva. Op. cit., p. 15.

Tabla 3.5 Ejemplos del Síndrome de Fatiga/Agotamiento por Compasión. Áreas de Función Personal y Profesional.

COGNITIVO	EMOCIONAL	CONDUCTUAL	ESPIRITUAL	RELACIONES PERSONALES	FÍSICA-SOMÁTICA	RELACIONES DE TRABAJO
- Disminución de la concentración	- Impotencia	- Impaciente	- Cuestionando el sentido de la vida	- Retirada	- Shock	- Baja moral
- Disminución de la autoestima	- Ansiedad	- Irritable	- Pérdida de la finalidad	- Disminución del interés en la intimidad o el sexo	- Transpiración	- Baja motivación
- Apatía	- Culpa	- Retirado	- Falta de satisfacción	- Desconfianza	- Taquicardia	- Evita tareas
- Rigidez	- Ira/Rabia	- Temperamental	- Desesperanza generalizada	- Aislamiento de los demás	- Dificultades respiratorias	- Obsesión por los detalles
- Desorientación	- Culpa del sobreviviente	- Regresión	- Enojo con Dios	- Sobreprotector como padre/cónyuge	- Molestias y dolores	- Apatía
- Perfeccionismo	- Apagado	- Alteración del sueño	- Cuestionamiento de las creencias religiosas anteriores	- Proyección de la ira o culpa	- Mareo	- Negatividad
- Minimización	- Entumecimiento	- Pesadillas	- Pérdida de Fe en un poder superior	- Intolerancia	- Aumento del número y la intensidad de enfermedades	- Falta de apreciación
- Preocupación por el trauma	- Miedo	- Cambios en el apetito	- Mayor escepticismo sobre la religión	- Soledad	- Otras quejas somáticas	- Desapego
- Pensamientos de autolesión o daño a los demás	- Impotencia	- Hipervigilancia		- Aumento de los conflictos interpersonales	- Trastornos del sistema inmunitario	- Mala comunicación en el trabajo
	- Tristeza	- Elevada respuesta de sobresalto				- Conflictos personales
	- Depresión	- Propensión a los accidentes				- Absentismo
	- Montaña rusa emocional	- Pérdida de las cosas				- Agotamiento
	- Empobrecido					- Irritabilidad
	- Demasiado sensible					- La retirada de los compañeros

Fuente: Elaboración propia. Obtenido y traducido del original. (Figley, 1997).

Un estudio llevado a cabo por Meadors y Lamson (2008), demostró que los seminarios educacionales que incluían el tema de la FC acompañado de algunas estrategias de afrontamiento resultaban efectivos para reducir el estrés clínico y la propia FC.

Yoder (2010), en un estudio combinando el enfoque cuantitativo y cualitativo mediante un cuestionario y entrevistas con enfermeras de hospital y de atención domiciliaria, señala que para disminuir la aparición de FC, el personal planteaba cambiar de unidad, de turno, reducir la actividad a media jornada, tomar días para descansar, y utilizar conductas asertivas para establecer límites a nivel laboral. Además las personas entrevistadas afirmaron que, explicar las situaciones estresantes a sus compañeros, compañeras y a profesionales de la psicología, también les ayudó a disminuir la probabilidad de aparición de FC. Este tipo de estrategias se pueden englobar dentro del entorno laboral.

Se señala también la diferenciación de estrategias a nivel individual mediante actividades de cuidado personal, por ejemplo, practicando ejercicio y meditación, participando en actividades lúdicas y de ocio, teniendo sentido del humor, una filosofía promotora hacia el cuidado, un pensamiento y actitud positiva, ejercitando el análisis introspectivo y la autoconciencia, realizando técnicas para el control del estrés, desarrollando estrategias de afrontamiento eficaces, poder disponer de redes de apoyo, y participando en cursos de formación.

3.2.5. Satisfacción por compasión

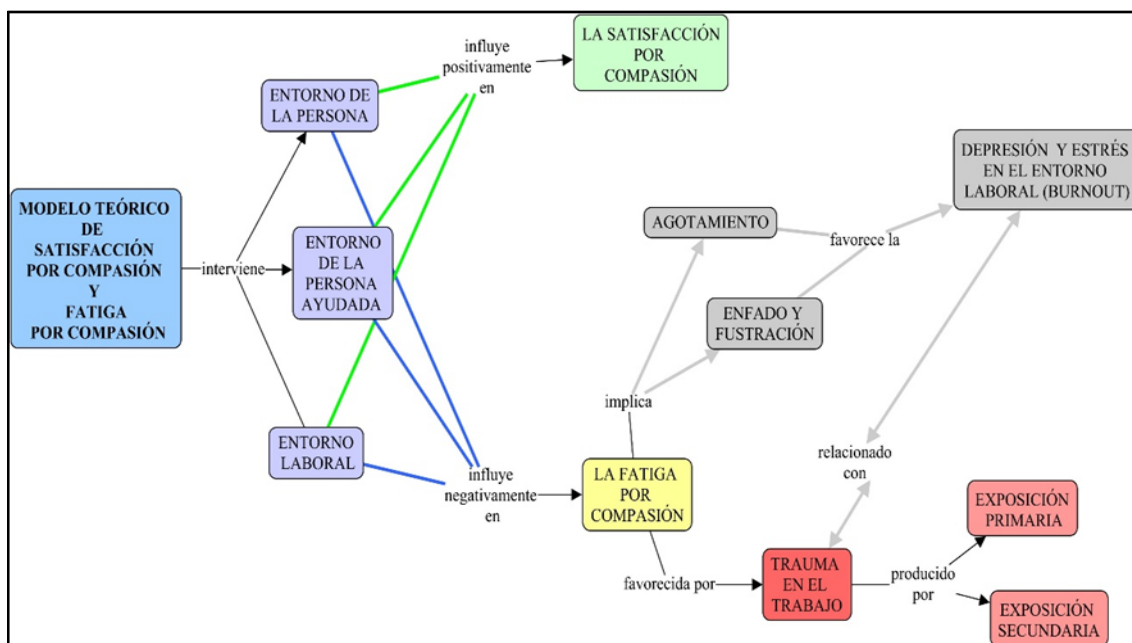
*La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.
Sigmund Freud (1856-1939).*

Es un hecho constatado personalmente, el carácter vocacional para cursar los estudios de ciencias de la salud en el caso concreto de la enfermería, o al menos así se expresa, y es tal y como lo manifiesta el alumnado cuando al principio de cada curso académico se les pregunta el motivo de encontrarse cursando dicha titulación. Mayoritariamente la respuesta que recibo es “*porque de siempre me ha gustado*”, “*porque me gusta ayudar a las personas*”. Denota pues la afirmación, un claro sentido de agrado por el tipo de trabajo que en un futuro tendrán que desempeñar y quizás ello podría ser

indicativo en parte del componente “vocacional” en este tipo de profesiones. Lo mismo sucede cuando te sumerges en el mundo laboral. La percepción es que existe a pesar de todo, un agrado y satisfacción por el tipo de trabajo realizado. Al menos mi experiencia así me lo sugiere, y ha sido vivida. También cuando se observa y habla con compañeros y compañeras, se percibe ese sentimiento que acompaña el día a día a pesar del desgaste que supone la actividad laboral por múltiples factores. Ello viene a indicar que existe algo que permite valorar de forma positiva nuestra CVL, o al menos hacer más llevadero el trabajo directo relacionado con las personas. Más si cabe, cuando la situación en la que se encuentran estas personas es el sufrimiento. La CVL, centrada en el proceso de atención incorpora pues dos aspectos, el positivo (SC) y el negativo (FC) que ya hemos señalado anteriormente.

En la siguiente (**Figura 3.14**), se muestra un diagrama de las posibles rutas que analiza la trayectoria teórica positiva y los resultados negativos de ayudar. En el modelo se muestran los tres entornos clave que se integran en los aspectos positivos y negativos por la acción de ayudar a los demás. Estos tres entornos son: El entorno real de trabajo, el entorno de la persona o personas con las que estamos proporcionando cuidados o asistencia y el entorno personal que traemos al trabajo que hacemos.

Figura 3.14 Análisis teórico de caminos.



Fuente: Elaboración propia. Obtenido y traducido del original⁴⁹.

⁴⁹ Más información consultar en: http://www.proqol.org/Full_CS-CF_Model.html

Por lo tanto, gran parte de la satisfacción y bienestar durante la actividad laboral, proviene como resultado de sentimientos de satisfacción y agradecimiento que se producen a través de relaciones empáticas significativas con pacientes, lo que al mismo tiempo fortalece el compromiso sobre dicha actividad. Dicho compromiso mitiga la situación de agotamiento, se caracteriza por energía, implicación y eficacia con la actividad desempeñada, generando bienestar y sentido de competencia, pudiendo incluso presentarse ambas situaciones al mismo tiempo. Es decir desgaste y agotamiento junto con SC. En estos casos, podemos señalar también que la práctica de una exquisita empatía facilitada por el desarrollo de autoconciencia, actúa como factor importante frente al desgaste y diferentes estresores (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, y Mount, 2009).

Realizando la misma operación que se ha hecho para la búsqueda de documentos acerca de burnout y FC, la estrategia de búsqueda fue: TITLE-ABS-KEY (Compassion Satisfaction) AND TITLE-ABS-KEY (nursing) AND PUBYEAR > 2009 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"NURS")), y el número de documentos encontrados fueron 83.

Por lo que podemos señalar que se trata de un campo de estudio que todavía está poco explotado y al mismo tiempo ello evidencia el enfoque reciente de una visión positiva de aspectos saludables en contraposición a los enfoques centrados históricamente en lo patológico. Esto coincide con lo señalado por Campos (2015), al indicar que la SC ha sido menos estudiada que la FC, y que actúa como factor positivo frente a esta última.

(...), la SC actúa como factor protector frente a los riesgos de la FC (niveles altos de SC se asocian con niveles bajos de FC) y permite explicar la resiliencia que se produce en muchos profesionales. Acinas define la resiliencia como “la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (pp. 116-117).

Indicar que coincidiendo durante la elaboración de esta tesis, ha sido publicado un artículo reciente por Galiana, Arena, Oliver, Sansó y Benito (2017), en el que se ha realizado una valoración transcultural entre profesionales de cuidados paliativos en España y Brasil. Uno de los objetivos fue investigar sobre la CVL, y con ello sobre la dimensión de SC. Una de las conclusiones obtenidas, fue que los niveles de SC fueron mayores en el caso del personal médico y enfermería de Brasil, que en el caso de España.

Cabría preguntarse y determinar en un futuro, si en ello intervienen factores culturales y sociales.

3.2.6. Resiliencia: Crecimiento frente a la adversidad

Hablar de resiliencia es referirse a la propiedad de la materia para volver a la situación anterior después de haberse sometido a una fuerza externa de presión. Este término tiene su origen en la palabra «resilio» que implica la vuelta atrás y se utiliza en el campo de las ciencias físicas cuando se les aplica a los distintos materiales, una fuerza para su deformación. Dicho término con el paso del tiempo se fue adaptando y ha sido utilizado por distintas disciplinas. En nuestro caso en las ciencias de la salud.

Situando los orígenes de su uso en los años 70 en investigaciones para explicar los mecanismos de adaptación en situaciones de adversidad, en la actualidad sus múltiples acepciones han posibilitado su utilización en distintas ramas del conocimiento. No obstante, según indican Manciaux, Vanistendael, Lecomte, y Cyrulnik (2005, pp. 17-27), su relación con las ciencias humanas es algo reciente.

Aunque el concepto de resiliencia como capacidad humana y universal de forma general es inseparable de la vida de las personas, la magnitud de su dimensión abarca tantos aspectos, que ello ha impedido consensuar una adecuada definición para que dicho término pueda llegar a ser sencillo de detectar, concreto y operativo para su medición. La diversidad de enfoques ha dado lugar a considerar de forma conjunta tanto los factores psicológicos y personales junto con factores sociales como elementos que potencian la resiliencia.

Al mismo tiempo su utilización en el ámbito de las ciencias de la salud, ha abierto un abanico de posibilidades para introducir otros aspectos alejados del oscuro mundo de lo negativo y patológico de la enfermedad, obligando con ello a un entendimiento dinámico que recoja aquello que sucede en una situación de adversidad presente, lo que ocurre en el proceso de interacción con el medio, y la posible aproximación a una situación futura.

La relación con aspectos de la salud es tomada por Grotberg (2006), al apreciar que las personas con características resilientes, eran capaces de reducir el estrés, y manejar más eficazmente la ansiedad y depresión, favoreciendo en general la calidad de vida personal en diferentes situaciones.

La interacción con el medio, recoge todo aquello que nos es favorable para vivir con bienestar y felicidad, lo que en caso contrario nos lleva a vivir situaciones estresantes

o de adversidad. Situaciones que en algunos casos y momentos parecen difíciles de asumir e imposibles de superar.

Son pues las experiencias, sentimientos, cogniciones, y la espiritualidad de la persona como conjunto de creencias, valores humanos o principios no necesariamente religiosos y prácticas, las que guían o direccionan la propia existencia. Incluyen la introspección, la reflexión, la relación de la persona con los aspectos no materiales de la vida, dando un sentido de unión o conexión con otras personas o el universo, permitiendo vivir la vida de acuerdo con una serie de valores, significado y sentido de existencia. Aspectos que sirven como cualidades, recursos personales, que bien actúan como rasgo, mecanismo protector o como proceso de la dinámica personal, y se movilizan en ese momento en el marco de la persona: el individual, el familiar y el comunitario para alcanzar un desempeño o resultado favorable ante la adversidad.

Por ello se convierte en una aliada para minimizar los efectos negativos, también actúa fortaleciendo y contribuye a proteger la vida de las personas, produciendo una adaptación saludable y positiva.

Cuando la realidad nos presenta la cara positiva o favorable, en estos casos se produce un efecto enriquecedor, en el que la situación novedosa o futura es abordada desplegando todas las capacidades posibles que la persona tiene para enfrentarse a la adversidad de la vida, y transformar positivamente dicha realidad. Ante estas situaciones estamos siendo resilientes, bien como proceso o resultado. En ese sentido se entiende la resiliencia como un proceso y capacidad que pone en marcha mecanismos de adaptación positivos para la superación de situaciones adversas. La identificación y potenciación de los mismos, puesto que puede ser modificable mediante la experiencia, constituyen un reto en situaciones de adversidad con los que se encuentra la persona.

Con ello la situación posterior y resultante de dicha interacción, responde al estado en el que quedaría todo este proceso, y en el que la posibilidad de recuperación y adaptación positiva son una expresión del potencial protector, compensatorio y resiliente de las personas. Ello prepara al mismo tiempo a la persona para situaciones similares y ayudaría a modo de inoculación para enfrentarse de nuevo en el futuro.

Durante todo el proceso siguiendo lo señalado por Grotberg, surgen los interrogantes y la preocupación respecto a qué hace el individuo y cómo reacciona, cómo se interpreta la situación, cómo se percibe, se siente, cómo quedarán y estarán las cosas

en el futuro. Resiliencia y estado de salud, deben ser por lo tanto conceptos inseparables dada la implicación que tienen el uno con el otro. En ese sentido, Keltner y Walker (2006) señalan que: La capacidad de enfrentar, afrontar, superar, aprender y fortalecerse de la adversidad, supone la necesidad de una naturaleza personal vigorosa. Pero no es condición que una persona goce de buena salud para ser resiliente, sino que en muchos casos, es el problema o la situación la que actúa como el agente desencadenante de la resiliencia⁵⁰.

Calhoun y Tedeschi (2000) distinguen tres tipos de cambios que puede experimentar el individuo, los cuales actúan como indicadores de crecimiento tras el trauma: (a) cambios en relación a uno mismo (aumento de la confianza en sí mismo y de la percepción de la propia fortaleza), (b) cambios en la espiritualidad y filosofía de la vida (referidos a la escala de valores y prioridades vitales), y (c) cambios a nivel interpersonal (consolidación de vínculos sociales, expresiones afectivas, etc.). (Citado en Fernández-Lansac y Crespo L, 2011, p. 25).

Dicho todo lo anterior, el concepto resulta tan ambiguo que es necesario acotar su dimensión para poder llegar a un término más concreto, puesto que la situación dada es totalmente inespecífica si ponemos por caso las experiencias vividas personalmente que estamos señalando en este documento, referidas a la atención sanitaria.

El concepto de resiliencia, incluye diferentes dimensiones, según los distintos autores y autoras que la han estudiado. Se puede considerar por ejemplo la resiliencia psicológica, mediante la cual, las posibles situaciones de depresión pueden ser superadas.

Resumiendo según lo señalado por Inbar (2011):

La resiliencia es, entonces un constructo psicológico definido como la capacidad para soportar las crisis y adversidades en forma positiva, afrontar de manera efectiva situaciones de estrés, ansiedad, duelo y depresión. (...) Este constructo psicológico es conceptualizado, desde una perspectiva enfocada en las soluciones, como un conjunto de habilidades conductuales (estilo de afrontamiento comportamental), motivacionales (búsqueda de soluciones y de reducción de la evitación) y cognitivos (esquemas, creencias centrales y procesamiento de la información) (Inbar, 2004). [p. 3].

Son múltiples en este sentido los factores que tienen un papel sobre ello. Así pues el origen étnico, la cultura y las creencias religiosas, influyen fuertemente en la actitud

⁵⁰ Ibid., p. 209.

personal.

Siguiendo al autor anterior, son aspectos personales y contextuales como la autoestima, la capacidad de introspección en la que la persona reflexiona sobre sí misma estableciendo límites, las posibilidades, la capacidad de acción e iniciativa, la búsqueda de apoyo y relación con los demás en busca de lazos emocionales, los recursos, el humor y creatividad, el deseo de bienestar personal y con los demás, la capacidad de análisis crítico de las situaciones..., todo ello nos hace ver y enfrentarnos a los acontecimientos de la vida de forma muy diversa y quedan incorporados en el concepto de resiliencia.

También, indica su aplicación en el entorno familiar o colectivo, como tipo de mecanismo grupal de adaptación, señalando que:

A nivel de la pareja, la familia, o colectividad, esta estrategia y recurso psicosocial puede estimular la posibilidad de reconectarse entre sus miembros, re-evaluando las dificultades emocionales e interaccionales, enfocándose en las fortalezas psicológicas de los partners y buscando soluciones efectivas y duraderas. [p. 2].

Una definición de Lecomte y Cyrulnik que incluye una dimensión global es:

"la resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles, y de traumas a veces graves". Esta última definición agrega fundamentalmente en el concepto central de la resiliencia que, el concepto de grupo o red social favorece o no la resiliencia ante hechos o situaciones de adversidad. [Citado en Barbagelata, 2007, p. 2].

Se trata de un rasgo incluido en la vida de las personas, e incluye: Yo tengo, Yo soy, Yo puedo⁵¹.

1. Apoyo de las personas que puede recibir, o soporte externo (Yo tengo...).
2. Fortalezas intra-psíquicas, condiciones internas de las personas, y disposición para hacer (Yo soy..., Yo estoy...).
3. Habilidades sociales de la persona para relacionarse y resolver problemas (Yo puedo...).

Posteriormente otros autores, Saavedra y Villalta (2008), complementarán este

⁵¹ Grotberg. Op. cit., p.30.

planteamiento, desarrollando la siguiente (Tabla 3.6)⁵².

Tabla 3.6 Dimensiones de la Resiliencia.

	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Yo soy,	F 1.	F 2.	F3	F4
yo estoy	Identidad	Autonomía	Satisfacción	Pragmatismo
Yo tengo	F5	F6	F7	F8
	Vínculos	Redes	Modelos	Metas
Yo puedo	F9	F10	F11	F12
	Afectividad	Autoeficacia	Aprendizaje	Generatividad

Fuente: Saavedra y Villalta 2008. Elaboración propia.

No obstante, la forma de entender estos aspectos de manera positiva, entra en conflicto con una visión negativa que no aporta ningún beneficio a esta situación en la que se encuentran muchas veces las personas. Por este motivo existirán impedimentos que van a dificultar una respuesta resiliente adaptativa. Entre ellos el shock personal ante la situación provocada de la enfermedad, su incertidumbre, problemas que irán apareciendo, y factores de nuestro entorno más cercano.

Es pues en estos casos, que las áreas personales del entorno del individuo se puedan ver afectadas, y repercutirán en toda la dinámica de la persona, impidiendo su óptimo funcionamiento.

Nos encontramos con ello en una situación de lucha de aspectos contrarios que juegan a favor y en contra de las personas, pero que desde luego el punto en el que nos posicionamos no se sitúa nunca en esos dos extremos, y sí en cambio en distintas posiciones que van fluctuando en función de distintas circunstancias, y contextos en los que nos movemos diariamente.

3.2.7. El «autocuidado»

Desde el inicio de la vida hasta nuestros tiempos, las personas han buscado multitud de formas por las que mantener su supervivencia presente, e incluso la de las siguientes generaciones.

Los procesos de interacción constante para adaptarse a las condiciones en muchos casos desfavorables del medio en el que se encontraban, ha dado lugar a una gran

⁵² Grotberg. Op. cit., p.32.

diversidad de formas y pautas de cuidado, lo que en cierta medida ha permitido el mantenimiento de la salud y la vida en general.

En ese sentido, el amplio espectro de formas de cuidado, como aspectos más significativos para el mantenimiento de la vida de los grupos humanos primarios más primitivos, han abarcado diferentes sistemas de protección y resguardo, diversas y múltiples formas de abastecimiento y alimentación, desarrollo de habilidades y capacidades para la mejora y cambio de las condiciones del entorno. En este caso podemos señalar que se trata de las primeras aproximaciones al origen del concepto de «autocuidado» en la actualidad.

Posteriormente situándonos en el pensamiento filosófico griego, incluía los cuidados físicos del cuerpo, alimentación, la meditación, lectura, las conversaciones y la reflexión, la atención a situaciones disfuncionales, el entorno, y la conexión entre el cuerpo y el alma o espíritu de la persona, como forma de «autocuidado».

En este último caso, su vinculación más bien dirigida al bienestar, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y no tanto para el mantenimiento de la vida, y sí consideradas por tanto necesarias para el disfrute de la misma.

Por tanto la pluralidad de acciones, forman parte de una herencia histórica y cultural del conjunto de pensamientos compartidos colectivamente y el significado que le damos a las cosas, en función de nuestras creencias, conocimientos e información de la que disponemos.

Junto a ello, se acompaña el estado afectivo/emocional que nos generan determinadas situaciones, lo que al mismo tiempo da lugar al repertorio de conductas aprendidas y emitidas para el mantenimiento físico, psíquico, social y espiritual de la persona: Nuestra actitud frente a la vida.

Ya desde la antigüedad, se planteaba la distinción entre las conductas mecánicas, automáticas o innatas que se encuentran incorporadas en nuestra carga genética, y aquellas dirigidas por la voluntad humana y fruto de procesos de aprendizaje, pero a pesar de ello, resulta difícil establecer un límite definido y exacto entre acciones propias para la vida, y aquellas para la potenciación de la salud, incluso también junto con aquellas que van dirigidas a restaurar los daños causados en situaciones de enfermedad. Lo mismo podemos señalar entre las acciones que desde este primer enfoque se consideran en cierto

modo de forma instintiva para la supervivencia y el mantenimiento de la vida.

No obstante salvando dicho matiz, la mayoría se pueden considerar no innatas, se aprenden, se viven y dependen de la experiencia individual y colectiva, fruto de las creencias y costumbres más habituales.

Como hemos descrito, en la conducta humana casi todo es aprendido.

Desde el nacimiento, el niño está aprendiendo y continúa haciéndolo durante toda la vida. (...). No obstante, la interacción entre las características del organismo y las del medio, necesarias para que se produzca el aprendizaje, implican que el individuo no es nunca pasivo, sino que interviene en el aprendizaje seleccionando, modulando o condicionando aquellos aspectos del medio susceptibles de influir sobre él, por lo que toda conducta aprendida está condicionada por el estado inicial del organismo. [Olmedo y Santed, citado en Tazón, Aseguinolaza, García, 1996, p. 98].

De forma generalizada podemos señalar parte de la pluralidad indicada:

“La conservación del aire, agua, alimento suficiente, eliminación, equilibrio entre actividad y descanso, equilibrio entre soledad e interacción social, prevención de riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar humano y la promoción del desarrollo humano dentro de la actividad humana; (...)”. (Rivera Álvarez, 2012, p. 93).

La forma de entender los mecanismos para el mantenimiento de la integridad del individuo, a pesar de ser considerados como pautas sencillas que forman parte de la propia naturaleza humana sin necesidad de apropiación externa para el desarrollo de las mismas, han sido trasladadas y se han ido modificando generacionalmente a través de replicación genética junto a mecanismos de replicación cultural y social de conocimientos o unidades de información construidas históricamente y dentro de un sistema cultural mediante procesos selectivos respecto de lo que es necesario y nos sirve, frente a lo prescindible y no útil para la salud de las personas⁵³.

Una serie de pautas y conocimientos de sentido común que desde la práctica

⁵³ “La información cultural se transmite de cerebro a cerebro (por enseñanza, imitación o asimilación) y puede dividirse en unidades simples (tales como una idea, un concepto, una técnica, una habilidad, una costumbre, una manera de fabricar un utensilio, etc.), que, no sin cierta ambigüedad, Dawkins llama memes. La tesis “fuerte” de Dawkins, es que los rasgos culturales también se replican. Si los rasgos genéticos se transmiten por replicación de los genes, los rasgos culturales se transmiten por replicación de los memes o unidades de información cultural.” (Cortés Morató, 2005, p. 3).

intergeneracional e intrageneración, sirven a la causa del mantenimiento de la vida y cuidado de la salud de las personas de manera integral y con un enfoque holístico de la persona como ser biológico, psicológico, social y espiritual.

Estas pautas y conocimientos se trasladan a la práctica diaria de las personas mediante una alimentación y rutina de ejercicio saludable, sentido del humor, el cuidado del entorno y una constante de espiritualidad que a lo largo de la historia ha acompañado a las sociedades de manera universal que nos conecta de manera íntima y colectiva, tal como lo señala Merwin y Smith-Kurtz (1988) y se recoge en la siguiente cita⁵⁴:

(...), las técnicas de entrenamiento físico han cambiado en los últimos años como la máxima "sin dolor no hay ganancia" ha sido descartada. El ejercicio más allá del umbral del dolor corre el riesgo de lesiones en músculos, articulaciones y tendones. El lema de hoy son "equilibrio", "moderación" y "escuchar a su cuerpo". (...), la espiritualidad es un estado de estar plenamente vivo y abierto al momento. Incluye un sentido de pertenencia y de tener un lugar en el universo. Una apreciación profunda del mundo natural, una apertura para la sorpresa, un agradecimiento por la gratuidad de todo, la alegría y el asombro son todo ello una parte de la espiritualidad. [Citado en Ochberg, 1991, párr. 28].

En el desarrollo evolutivo humano, tanto desde la filogénesis como por parte del proceso ontogenético, haciendo uso del atributo de la razón, la acción de cuidar se ha construido desde el pensamiento básico, y desde las actividades de la vida cotidiana realizadas por las personas tanto colectiva como individualmente. Todo el grupo era el responsable de la salud y la vida, y al mismo tiempo cada cual se proveía de aquello considerado como necesario.

En ese sentido el «autocuidado», no puede quedar desligado del contexto, ni del análisis estructural en el que se ubica dentro del sistema social implicado en el proceso salud-enfermedad. Ello supondría trasladar la responsabilidad del estado de bienestar, salud y enfermedad directamente sobre la persona, reduciendo toda posibilidad de abordar el tema desde un punto de vista de la totalidad de la sociedad, en el que un enfoque global como sistema de protección de la salud pública, atiende a los planteamientos de salud desde un modelo salutogénico en beneficio del resto de la sociedad. Se trataría de un ejercicio de autorresponsabilidad respecto a la salud que cada persona tiene sobre sí misma, que la dirige hacia conductas saludables mediante la modificación aquellos estilos

⁵⁴ La cursiva es original del documento disponible en:

<http://www.giftfromwithin.org/html/trauma.html>

de vida no saludables, y el mantenimiento o potenciación de aquellos que sí lo son.

La responsabilidad de la sociedad en su conjunto no puede tener fisuras del papel que el Estado, las instituciones, y las personas deben de jugar en todo este proceso para el desarrollo del «autocuidado».

Se trata de una responsabilidad compartida y mediada por un enfoque estructural y global que recae y se ejerce en y por la persona, y que al mismo tiempo revierte en el resto de la colectividad. Se traduce en proporcionar las condiciones adecuadas y necesarias para que las personas puedan tener la oportunidad del desarrollo de conductas para el disfrute de la salud.

Según la definición de la OMS, "auto-cuidado de la salud se refiere a las actividades que los individuos, las familias y las comunidades llevan a cabo con la intención de mejorar la salud, prevenir y limitar la enfermedad, y la restauración de la salud" (OMS, 1983, p. 2).

Desde el sector sanitario las intervenciones para evitar factores de riesgo que afecten a la salud, desde el «autocuidado», se centran en la modificación de conductas individuales y concretamente se relaciona directamente con el estilo de vida. Estas acciones de «autocuidado», deberían ser implementadas de manera transversal en el día a día, lo que al mismo tiempo daría lugar al desarrollo de un "ideario de comportamiento social" para toda la colectividad, en línea con el interés general de promoción de la salud.

Recordemos pues la importancia que el informe Lalonde señalado en páginas anteriores, atribuye al estilo de vida y el peso que tiene como determinante de la salud de las personas.

En el ámbito de las ciencias biomédicas con el paso del tiempo, el estilo de vida se ha ido trasladando al ámbito de lo personal y al riesgo individual para los aspectos de salud, reduciendo el peso, enfoque global y colectivo de responsabilidades compartidas entre los subsistemas que conforman la sociedad (Estado, e instituciones). En ese sentido se traslada la responsabilidad del estado de salud a la propia persona.

El hecho de reducir el concepto de estilos de vida a riesgos individuales conlleva consecuencias, una de las cuáles es que se pierde esta visión holística y por consiguiente se aísla a las personas del contexto socioeconómico y cultural, de manera que los comportamientos y hábitos pasan a ser responsabilidad individual. La misma suerte ocurre con el autocuidado que es visto de manera semejante atribuyendo toda la responsabilidad

sólo a la persona y olvidando el compromiso del Estado y las instituciones. (Arenas Monreal, L., Jasso Arenas, J., y Campos Navarro, R., 2011, p. 44).

Lo mismo puede ser señalado para la responsabilidad del cuidado directo de la salud, puesto que existe un desplazamiento en el compromiso y responsabilidad de la prestación del mismo. En ese sentido como señala Duran (2002), “El cuidado de la salud forma parte de la actividad cotidiana en los hogares, y solo ocasionalmente recurren los hogares al exterior para obtener servicios del sector sanitario (...)”. [p. 75].

Desde esta afirmación y tal como también indican Caja y Marcos (2004): El sistema sanitario dispensa un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante lo dispensa el trabajo doméstico de las familias.

Ante dichas afirmaciones, podríamos reflexionar sobre la siguiente cuestión: ¿Cómo afectaría a los sistemas sanitarios, y para el personal que trabaja en las distintas instituciones, si sucediera el caso contrario y se invirtieran los porcentajes?

No nos hace falta responder de forma extensa dicha pregunta, pero es de suponer que actualmente y en una situación de escasez de recursos económicos como la actual, el peso del cuidado se trasladaría a las instituciones y todo el mismo caería sobre las y los profesionales.

La situación es evidente, ante una oferta de servicios, se genera una demanda autoinducida por el simple hecho de la presencia del servicio, lo cual genera un efecto llamada, lo que puede llegar a suponer una masificación del servicio ofertado. Si a ello añadimos la situación de envejecimiento de la población, lo que supone mayor situación de cronicidad que atender, finalmente el volumen de cuidados que hay que prestar, desbordaría la capacidad del personal de los servicios socio-sanitarios. De alguna manera aspectos como los señalados refuerzan aún más la necesidad de establecer medidas que refuercen y potencien el «autocuidado» profesional para contrarrestar esta situación.

Hay que tener en cuenta también, una realidad dinámica e interconectada, a partir de la cual, distintas particularidades pueden acabar repercutiendo de una forma más global. Una mala calidad de salud en la población, acaba provocando una sociedad disfuncional, pero parte del cuidado de dicha población recae en el personal sanitario, que al mismo tiempo forma parte de dicha población general. Un mal cuidado de la salud del personal sanitario, repercute en una peor productividad y calidad de la asistencia,

problemas de salud y absentismo laboral, lo cual afecta al funcionamiento institucional, generando gastos en recursos económicos públicos aportados por la sociedad, y ello se convierte en una espiral problemática difícil de solucionar.

3.2.7.1. El «autocuidado»: Construcción del proceso y acciones que intervienen

¿Cómo se inicia y desarrolla el proceso de «autocuidado», qué factores y elementos intervienen, qué pautas forman parte del repertorio común de las personas, qué pautas son necesarias adquirir, qué determina la diversidad de acciones en diferentes personas, por qué descuidamos el «autocuidado», por qué no todas las personas lo desarrollan? Todas estas cuestiones son algunas de las múltiples que podemos hacer y que una vez respondidas, pueden servir para profundizar en el constructo del término.

El conjunto de acciones, y conocimientos que intervienen en el proceso de «autocuidado», y el grado de oportunidad para su aprendizaje e implementación, viene determinado en cierta manera por procesos motivacionales. A partir de ello se desarrollan las conductas para cuidar el funcionamiento en aspectos físicos, psíquicos, social e incluso espiritual, dada la condición de la naturaleza humana.

La multitud de factores a los que se exponen, que acompañan e inciden en las personas en el día a día, plantea con ello el desarrollo, de procesos de aprendizaje y adquisición ante la vulnerabilidad inherente a dicha exposición.

Debemos pues ser capaces y discriminar aquello que nos condiciona a dicha situación, al igual que nuestras posibilidades de afrontar las mismas con los recursos que se encuentran a nuestro alcance.

Podemos señalar entonces, que en la elaboración y construcción del proceso de «autocuidado» intervienen:

1) *Conductas implícitas* o hábitos en la rutina diaria de las personas, de las que no es necesario la participación voluntaria e intencionada para su realización.

2) *Conductas explícitas*, que requieren un cierto grado de conocimientos, formación, activación de la persona, actitud favorable o dirigida, motivación y voluntad, deliberación y oportunidad para que se puedan poner en marcha con un propósito concreto. “*La práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud,*

prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar”⁵⁵.

A pesar de que todo ello suceda, otro factor necesario es la posibilidad del mantenimiento en el tiempo de la conducta, y que con ello la rutina en su acción consiga que de una forma directa se transforme en hábito de «autocuidado».

Se trata pues de un compromiso responsable y de acción con la propia salud física, psíquica y social, en el que se genere la creación de espacios para la reflexión, que implique bien a la recuperación de la energía, mantenimiento, promoción de la salud, y con ello la prevención de posibles alteraciones.

Independientemente del tipo de conductas señaladas, se pueden establecer en ambos casos diversos aspectos que intervienen como: los determinantes sociales, y de forma concreta (la clase social, la ocupación laboral, el sexo y el grupo étnico cultural, la familia, la edad), y la variabilidad de experiencias de salud, enfermedad o muerte de personas conocidas o cercanas.

3.2.7.2. Percepción para el desarrollo de «autocuidado»

La percepción de todo aquello que nos rodea y del conjunto de la persona, se trata de un proceso cognitivo que permite tomar conocimiento de dichos aspectos, al tiempo que prepara al organismo para la acción. Tanto de los aspectos positivos como también en los negativos que nos acontecen.

En nuestro caso y desde una situación que afecta al bienestar personal como consecuencia del desempeño laboral, entran en juego procesos cognitivos de percepción e interpretación de los acontecimientos, lo que posteriormente prepara al organismo para emitir una respuesta.

Por lo cual al valorar estas situaciones, hay que considerar algunos aspectos de las mismas como pudiera ser: el tipo de acontecimiento, el grado de novedad, o la incertidumbre del posible desenlace.

El proceso perceptivo-cognitivo señalado, es utilizado al mismo tiempo como explicativo para el desarrollo de uno de los modelos para la promoción de conductas saludables. Este modelo denominado modelo de creencias en salud, fue desarrollado en los años 50 y ampliado por Rosenstock en 1966. En Dicho modelo se plantean para su

⁵⁵ Rivera Álvarez. Op. cit., pp. 92-93. La cursiva es original de la cita en el documento.

puesta en marcha por la persona tres aspectos⁵⁶:

- 1) La creencia o percepción de la existencia de un problema lo suficientemente importante para tenerlo en cuenta.
- 2) La creencia o percepción de que dicha situación nos puede afectar.
- 3) La creencia o percepción de que las acciones que tomemos podrán producir un beneficio que será mayor al esfuerzo realizado.

A partir de la concurrencia de estos tres aspectos, es cuando se pueden desarrollar conductas promotoras de salud. Ello implica considerar a la percepción y valoración con un papel central para el comportamiento saludable.

La teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1956), plantea que cualquier situación percibida que genere un malestar en la persona, tiende a provocar una conducta motivada con el fin de recobrar el estado de armonía u homeostasis en el que previamente se encontraba la persona (Casanova y Sanz de Acedo). [Citado en Sanz de Acedo, 2012].

La situación de tensión o desarmonía interna que la persona percibe, se genera cuando entran en (conflicto/contradicción/disonancia/incongruencia) su sistema de ideas, pensamientos, creencias y emociones al mismo tiempo o también junto con un comportamiento dado. Es decir, el término hace referencia al mecanismo en el que la persona percibe dicha incongruencia/disonancia, y ello le lleva a volver a un estado de equilibrio y recuperar de nuevo la situación de (bienestar, congruencia, o consonancia cognitiva) entre los elementos señalados. De esa forma se genera un movimiento para el cambio de pensamientos y/o conducta.

Sin renunciar al modelo teórico señalado, pero no por ello menos importante, también hay que vincular los procesos perceptivos de bienestar, directamente a mecanismos protectores o de desarrollo de conductas relacionadas al «autocuidado», cuando en dicha percepción influye el estado emocional como consecuencia de las experiencias vividas. Debido a ello desde hace mucho tiempo se conoce y se ha profundizado en dicha relación. Así, el estado emocional de las personas hace que se realice una autoevaluación de su estado de salud, la cual será valorada positiva o negativamente en función de su estado anímico.

⁵⁶ Triviño. Op. cit., p. 26.

En estudios de laboratorio se ha encontrado que las personas en quienes se induce un sentimiento de tristeza informan más síntomas y además atribuyen mayor severidad a sus síntomas que aquellas personas en quienes se induce un sentimiento de alegría (Salovey y Birnbaum, 1989), lo cual sugiere que habría condiciones en que el estado anímico persistente y generado por el propio individuo podría modificar sistemáticamente su percepción de síntomas⁵⁷.

3.2.7.3. Influencia del estado emocional y motivación para el desarrollo del «autocuidado»

La relación que claramente puede establecerse entre el estado emocional de las personas y la puesta en marcha de mecanismos protectores y procesos motivacionales en la búsqueda del bienestar, se puede explicar en cierta medida, a partir de la percepción que tienen las personas sobre el mismo, como acabamos de señalar.

De manera que las que se sitúan en un estado emocional positivo y lo perciben como tal, utilizan sus recursos personales y sociales, motivando a la persona a cuidar de sí misma, y al mismo tiempo favoreciendo las relaciones interpersonales de manera más positiva con las otras personas, en los momentos que tienen que enfrentarse a situaciones estresantes, a diferencia de otras, en las que predomina un estado emocional negativo.

A pesar de ello, también puede suceder que las personas en situaciones problemáticas, puedan desarrollar estrategias de afrontamiento para dichas situaciones.

La variedad de recursos que se movilizan en ambos casos pueden ser de componente emocional, físico, material, cognitivo, interpersonal o social.

Un ejemplo claro lo tenemos en los procesos de comunicación y reflexión inter e intrapersonal. Así la reflexión y el diálogo interno e interpersonal cuando se produce en un clima de confianza, actúan en ese sentido de manera positiva y con un efecto terapéutico sobre la persona. También el ejercicio de reflexión y escritura, desde hace tiempo se sabe que tiene efectos similares como se recoge en la siguiente cita:

Lo que hasta hace poco tiempo no era tan conocido es que el escribir acerca de ciertas experiencias emocionales puede tener los mismos efectos benéficos que el hablar con alguien, tanto en el bienestar psicológico como en la salud física (Pennebaker, 1997; Stone, Smyth, Kaell y Hurewitz, 2000) (...). Por su parte, y basado en una revisión sistemática de 13 estudios experimentales, Smyth (1998) concluye que el hacer que los sujetos escriban

⁵⁷ Barra. Op. cit., p. 56.

acerca de sus emociones produce beneficios significativos en individuos sanos, en un grado similar al efecto que producen otras intervenciones psicológicas. Los efectos positivos de la expresión escrita se expresan en cuatro indicadores, cada uno medido al menos un mes después de la intervención: salud auto-informada, bienestar psicológico, funcionamiento fisiológico y funcionamiento general⁵⁸.

Por otro lado uno de los aspectos que explica las diferencias en el desarrollo del cuidado personal, es básicamente señalado como para muchos otros temas, por parte de la psicología desde el interrogante: ¿Por qué las personas actúan como lo hacen?; ¿Por qué unas personas se implican en unas actividades con dedicación y otras en cambio descuidan estos aspectos?

Bien, pues parte de ello lo podemos atribuir, según señala la psicología, a que el ser humano se mueve por diferentes motivos y ello orienta la conducta o la inhibe en el estudio del comportamiento humano. Por lo tanto uno de los aspectos que nos interesa determinar, es el papel que la motivación desempeña en el análisis explicativo de la conducta. Es necesario por ello e interesa conocer las causas de que se hagan o se dejen de hacer determinadas cosas, o de que se hagan de una forma y no de otra distinta.

La motivación se utiliza como medio para la explicación de las causas del comportamiento vinculadas con la acción. Es la asociación que se establece entre la explicación causal (motivación) y efecto resultante (conducta), que se explicita en la circularidad de dicho proceso, y tiene que ver con las fuerzas que nos animan a actuar en determinada dirección y mantienen una conducta intencionada. La referencia a este proceso que a continuación va a ser explicado, ya ha sido señalada como reseña en el apartado del marco teórico, y concretamente al referirnos a la promoción de la salud, en el MPS de la autora Nola Pender al explicar la generación de conductas saludables, y sus procesos motivacionales.

Los procesos motivacionales, entendidos como conductas que persiguen un propósito, requieren pues de mecanismos de activación y energía por parte de la persona que va a desarrollarlos, y el estado en que se encuentre la misma como se ha indicado respecto al estado emocional. Podemos entonces señalar que se vincula a las reacciones y sentimientos que se experimentan en dichas acciones.

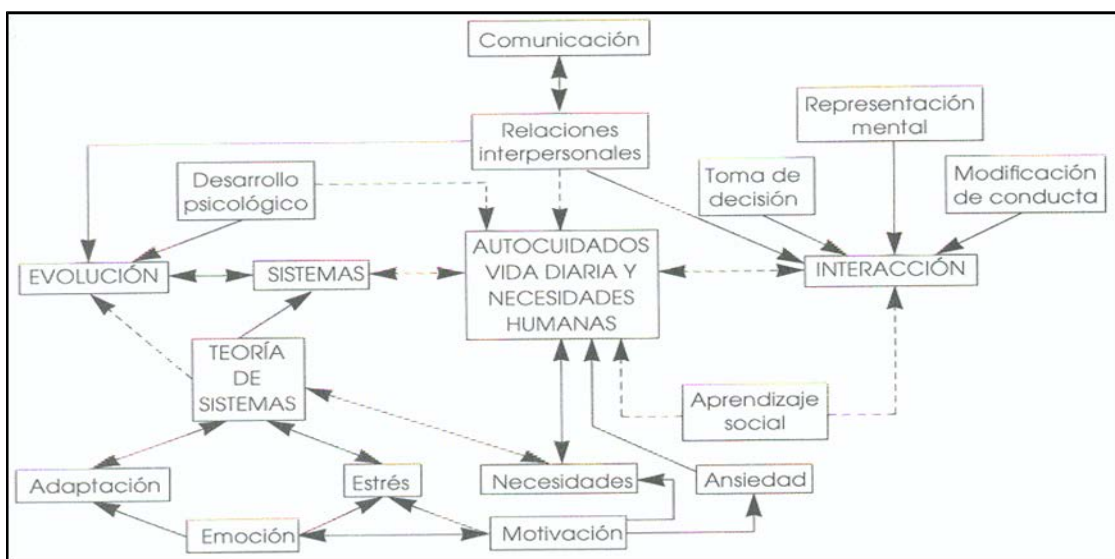
Realmente podríamos señalar que las cosas que nos motivan y nos orientan a la

⁵⁸ Ibid., p. 59.

acción, son las que verdaderamente nos producen bienestar y nos emocionan positivamente. Se trata en este caso de un proceso etiquetado como «motivación intrínseca» en la que gran parte de la actividad humana y conductas personales se realizan por el propio placer, la satisfacción que supone o por el interés mismo que su ejecución conlleva. No obstante, esta visión queda lejos de una explicación más completa, si tenemos en cuenta otros condicionantes personales y/o sociales. De otra forma la explicación y solución al problema de la motivación sería más sencilla de lo que realmente es. Esta inferencia realizada sobre el interés de la persona en determinada conducta, puede ser errónea, incompleta, y su conducta podría obedecer posiblemente a otras causas (necesidad, evitar un problema...).

Teniendo en cuenta esta visión más global y desde la teoría general de sistemas, elaborada por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940, todo un complejo proceso de relaciones entre interacciones interpersonales, necesidades, motivación, aprendizaje..., intervienen para ello, como se puede ver en la siguiente (**Figura 3.15**). Por lo tanto la comprensión de una conducta exclusivamente en términos motivacionales atendiendo a estos argumentos es muy parcial. Hay evidentemente otros factores, físicos y fisiológicos, personales y situacionales, que intervienen y modulan por lo tanto estos procesos, y por ello la motivación, no es la respuesta ni el único origen del comportamiento de las personas. Se trata pues de una respuesta parcial al problema planteado.

Figura 3.15 Modelo teórico holístico.



Fuente: (Pardo y Latorre, 1995, p. 41).

Diversos modelos teóricos dan cuenta a la hora de explicar cómo se ponen en marcha las conductas motivacionales en las personas. En nuestro caso el «autocuidado» no es un tema que se escape de estos enfoques.

Dentro de dichos modelos podríamos señalar la teoría de las Expectativas y Valencias como elementos que determinan la intención de la conducta.

Según este modelo la conducta motivacional va dirigida a la consecución de metas.

El componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad, lo que equivale al grado de compromiso personal que se tenga hacia los objetivos marcados, por lo que cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (deseo de dejar de fumar), lo que sugiere que se pueda plantear un enfoque dirigido a la modificación de conductas no saludables.

Desde este enfoque hay que establecer cuáles son los determinantes de la intencionalidad. Dicha intención hace referencia a dos conceptos cognitivos anticipatorios: Las «Expectativas, y las Valencias».

El concepto de expectativa se define como la probabilidad percibida que anticipa una persona acerca de que una determinada acción llevará a la consecución de un resultado. El concepto de valencia alude al valor que la persona anticipa al logro de dicho resultado (Mayor y Barberá, 1987). [Citado en Barberá, 2000, párr. 41].

En la formulación teórica de las expectativas propuesta por Victor Vroom (1979), “(...) se incluyen conceptos como valencia, expectativa e instrumentalidad. Vroom postula que la fuerza motivacional (F), es una función de la Expectativa (E) por la Valencia (V), esto es, $F = (E) (V)$. La expectativa es una creencia momentánea, acerca de la probabilidad de que un acto específico, será seguido de un resultado específico. (...), La valencia es la respuesta afectiva de un trabajador hacia un resultado específico, ya sea positivo —preferencia— o bien, negativo —aversión—. [Citado en López, Casique, y Ferrer, 2007, p. 220].

Pero también, mediante una reformulación de la teoría anterior, la teoría del control de la acción, plantea la intencionalidad y la posibilidad de logro bajo la siguiente formulación:

(...), *los teóricos del control de la acción* (Halisch y Kuhl, 1987; Kuhl, 1986, 1987; Kuhl y Beckman, 1985, 1992) amplían la propuesta de los modelos de E/V estableciendo una distinción entre compromiso personal con la acción (intención) y consecución de la meta

(logro). De acuerdo con este nuevo enfoque, la intención es condición necesaria para iniciar una acción voluntaria, pero su intervención no es suficiente para garantizar el resultado. La formulación clara y definida de una intención no implica automáticamente la consecución del resultado⁵⁹.

Siguiendo este último modelo, podemos señalar que: Una cosa es la intención pero otra es la posibilidad de conseguirlo.

Por ello ambos modelos encajan perfectamente con las posibilidades de que una conducta dirigida hacia el «autocuidado» pueda ser implementada por parte de la persona, dado el papel que diferentes elementos juegan en cada una de dichas teorías.

Algunos factores que pueden determinar el desarrollo de dichos modelos, van referidos a:

- ✓ Rasgos individuales de personalidad referidos al carácter optimista o pesimista.
- ✓ Experiencias personales.
- ✓ Componentes externos a la persona (tipo de actividad, grado de dificultad...).

Podemos ver representados ambos modelos en la siguiente (**Figura 3.16**).

Figura 3.16 Modelos teóricos de motivación.



Fuente: Elaboración propia adaptada. Información obtenida de Barberá (2000).

⁵⁹ Barberá. Op. cit., p. 30. La cursiva forma parte del texto original.

3.2.7.4. El comportamiento de «autocuidado» basado en las actitudes personales

El estudio del comportamiento de las personas ha sido planteado desde diferentes disciplinas como la Psicología, Sociología, y la Psicología social, a través de las aportaciones realizadas del conocimiento de aspectos y campos temáticos tales como las emociones, la motivación, el aprendizaje, las actitudes, la interacción social, y la personalidad, entre otros.

Concretamente las personas se comportan y posicionan continuamente de forma favorable o desfavorable respecto a situaciones diversas, fruto de su interacción con la realidad social. Como consecuencia de ello se producen procesos evaluativos hacia dicha realidad, dando como resultado las actitudes personales frente a la misma.

La actitud como estado psicológico, definida según “Eagly y Chaiken (1993, p. 1), es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad”. [Citado en Morales, 1999, p. 132].

El estudio de las actitudes como constructo teórico, ha permitido establecer diferentes componentes en su estructura: Cognitivo, evaluativo, y conductual.

- Cognitivo: Hace referencia a la información, e ideas que tenemos de las cosas, o situaciones.
- Evaluativo: Establece la relación de agrado o desagrado que se siente frente a diferentes situaciones o cosas con las que nos relacionamos.
- Conductual: Recoge el comportamiento o la intención del mismo que se produce frente a dichas situaciones, experiencias o cosas.

Según Katz (1960), [citado en Ros, 2001], las actitudes cumplen cuatro funciones:

- ✓ Utilitaria/Adaptativa: Para maximizar, obtener beneficio útil a la persona, y poder ajustarse a las situaciones.
- ✓ Conocimiento: Para dar significado al self (propia persona) y a sus relaciones con el medio.
- ✓ Ego defensiva: Sirve de protección a la persona en diferentes situaciones o contextos.
- ✓ Expresiva de valores: Permiten manifestar valores centrales de la persona (lo que piensa, siente; o quiere que los demás sepan sobre ella).

En el estudio del «autocuidado», y el papel que ocupa en la actividad asistencial, ello implicaría posicionarse frente a dicha realidad, a partir del conocimiento, habilidades y capacitación sobre dicho constructo y su relación con otros conceptos (identificando los aspectos positivos y negativos en el ejercicio del rol desempeñado laboralmente), establecer valoraciones positivas o negativas sobre el contexto en el que actuamos, la forma de proceder y las consecuencias que ello produce, y de qué formas nuestras acciones pueden intervenir para mejorar situaciones problemáticas o mantener aquellas favorables para la CVL.

3.2.7.5. Las dimensiones del «autocuidado» y formas de intervención

Aunque ya tenemos un aparentemente claro concepto de lo que podemos entender por «autocuidado», si descomponemos el término en los subterminos (auto + cuidado): (auto), hace referencia a lo propio, o uno mismo, y (cuidado), va referido a la acción de cuidar. No obstante, la dificultad se plantea sobre qué aspecto tenemos que intervenir dada la complejidad de la naturaleza de la persona, entendiendo las dimensiones que la componen como ser biopsicosocial y espiritual, y vinculado a la salud desde el concepto del bienestar de la OMS. En ese sentido podemos señalar que la intervención a través del cuidado irá dirigida a prestar bienestar integral sobre dichas dimensiones.

Según la literatura, se señalan diferentes autores/as que han planteado diversas definiciones sobre el constructo y sobre las actividades que pueden ser incluidas para delimitar el término «autocuidado», señalando al mismo tiempo las dimensiones que lo incluyen (Physical Self-Care, Inner/ Psychological Self-Care, Spiritual Self-Care, Social Self-Care). Así, Pincus (2006), lo define como algo vagamente que uno hace para mejorar el bienestar subjetivo. Carrol, Gilroy y Murra (1999), lo plantean como trabajo intrapersonal, interpersonal de apoyo, desarrollo profesional, actividades físicas y recreativas [citado en Richards, Campenni y Muse-Burke, 2010, p. 248].

Al mismo tiempo la investigación ya centra la atención en las diferentes dimensiones del constructo. A nivel físico (Mahoney, 1997), psicológico (Norcross, 2000), espiritual (Valente y Maratta, 2005), y de apoyo (Guy, 2000), y la investigación, ya aporta evidencias e intervenciones sobre las dimensiones que constituyen el concepto.

Dimensión física: Incluye, descanso, alimentación saludable, deporte, ejercicios y actividad corporal a través de distintas actividades que la persona realiza diariamente.

Ello repercute en beneficios de forma específica pero también para la salud general de la persona, e interviene en la reducción de los síntomas en la preocupación y depresión (Dishman, 2003; Callaghan, 2004)⁶⁰.

Por ejemplo, una alimentación saludable tiene que permitir un equilibrio energético y peso normal, limitar la ingesta de grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas, eliminar los ácidos grasos trans, limitar la ingesta de azúcares libres y la ingesta de sal, consumir sal yodada, aumentar el consumo de frutas, hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos (OMS, 2004).

Según la OMS (2010a), las recomendaciones mundiales para el «autocuidado» de la salud en personas adultas (18 a 64 años), a nivel físico incluye (ejercicio y alimentación, descanso adecuado, evitar consumo de tóxicos...).

A nivel de ejercicio, consiste en actividades recreativas de ocio, juego y deportes, pequeños desplazamientos o paseos, actividades ocupacionales a nivel laboral o doméstico, o ejercicios dentro de la actividad diaria familiar y comunitaria. La actividad aeróbica moderada mantenida, o vigorosa brevemente, o en combinación, sirven para mejorar las funciones cardiorrespiratorias y músculo-esqueléticas, y reducen el riesgo de enfermedades y depresión.

En un estudio en trabajadores de almacén con problemas de espalda, los resultados que se obtuvieron tras ser sometidos a un programa de ejercicios físicos de espalda, fueron mejoras significativas en funcionamiento físico y dolor corporal, el funcionamiento social, rol emocional y la salud mental (Mesquita, Ribeiro, y Moreira, 2012).

Dimensión psicológica: Referido al asesoramiento personal y/o cuidado psicológico para situaciones problemáticas de angustia o alteraciones (Norcross, 2005), incluye componentes de espiritualidad, tales como la meditación lo que beneficia al desarrollo personal para comprender cómo autocuidarse, desarrollar una conciencia de los límites, a nivel emocional el alivio de síntomas de angustia, y a nivel profesional para el desarrollo de una conciencia propia de las habilidades para una relación empática que pueda beneficiar en el cuidado a otras personas (Mackey y Mackey, 1994; Coster y Schwebel, 1997; Macran, Stiles, y Smith, 1999; Norcross, 2005)⁶¹.

⁶⁰ Ibid., p. 248.

⁶¹ Richards. Op. Cit., p. 249.

Uno de los factores sobre el que se ha investigado ha sido el papel de la autoeficacia (self-efficacy) que como forma de afrontamiento permite hacer frente al conflicto interpersonal en el trabajo. Equivale a la creencia que tienen las personas acerca de sus capacidades según Bandura (1986), y que actúa como mecanismo de respuesta ante eventos estresantes.

En este sentido la autoeficacia funciona como capital psicológico frente a efectos adversos producidos por estrés, y un recurso intrapersonal que puede desarrollarse.

En general, la autoeficacia ha demostrado tener un efecto protector frente a factores psicológicos negativos, tales como el estrés (Bandura, 1997), el agotamiento o burnout (Laschinger, Borgogni, Consiglio, y Read, 2015; Pisanti, Lombardo, Lucidi, Lazzari, y Bertini, 2008), y la mala salud mental (Laschinger, et al., 2015), y un efecto beneficioso en el trabajo sobre cómo las personas interpretan su entorno. [Citado en Fida, Laschinger y Leiter, 2016, pp. 4-6].

De acuerdo a la teoría social cognitiva, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa y en ese sentido, un bajo sentido de autoeficacia está asociado y favorece la aparición de depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001). [Citado en Olivari Medina y Urra Medina, 2007].

Dimensión espiritual: El componente espiritual es descrito como un sentido del propósito, el significado y la conexión con la vida que la persona hace (Estanek, 2006; Hage, 2006; Perrone, Webb, Wright, Jackson, y Ksiazak, 2006; Saucier y Skrzypinksa, 2006), incluye las creencias, la religión, y también la meditación, (Schure, Christopher, y Christopher, 2008), supone un beneficio para la calidad de vida en profesionales de la salud según Boero et al. (2005), ayuda al desarrollo y progresión continua de la autoconciencia, al mismo tiempo que la autoconciencia es fundamental para mantener y desarrollar la espiritualidad (Hamilton, y Jackson, 1998)⁶².

Un estudio realizado con personal médico de cuidados paliativos, señala el cambio de perspectiva experimentada referente a las situaciones y eventos de la vida. Su cambio iba referido a valorar lo realmente significativo en la vida, el crecimiento personal, la importancia de la reflexión, el uso de un diario donde anotar dichos momentos, y lo favorable que resulta contar con una comunidad que sirva de apoyo emocional, social y

⁶² Richards. Op. Cit., p. 249.

espiritual.

En definitiva, todos estos aspectos hacían menos vulnerable a la fatiga física, emocional y cognitiva en el lugar de trabajo, lo cual repercutía en una mejor atención, al tratar con pacientes terminales (Penderell y Brazil, 2010).

Dimensión social de apoyo⁶³: Incluye la red de relaciones e interacciones, a partir de sistemas de apoyo tanto profesionales como personales.

El apoyo profesional se define como la consulta, reuniones, y asesoramiento con los compañeros, compañeras, colegas, y profesionales en el ámbito laboral, junto con los procedimientos de formación continuada (Coster y Schwebel, 1997; O'Connor, 2001; Stevanovic y Rupert, 2004). Contribuye para reducir la posibilidad de burnout, y era la razón principal del bienestar.

El apoyo personal es definido como las relaciones con la pareja, otros miembros de la familia y amistades (Coster y Schwebel, 1997; Stevanovic y Rupert, 2004). Todo ello puede impedir o aliviar los síntomas del agotamiento personal, al compartir las experiencias y problemas personales y laborales, aumentando el bienestar psicológico (satisfacción y estado de ánimo en la vida).

Algunas de las formas de intervenir en las distintas dimensiones, bien directamente por acciones de la persona, o sobre el entorno laboral, o bien mediante una combinación de ambas, ya están siendo utilizadas y valoradas a través de la investigación.

Directamente desde la persona: (meditación consciente/mindfulness, escritura reflexiva, entrenamiento en habilidades sociales y comunicación, desarrollo de autoconciencia, promoción de sentimientos de selección y control, práctica de actividades de «autocuidado», y formación continua).

Directamente en el entorno laboral: (supervisión adecuada y poder disponer de un mentor, carga de trabajo sostenible, reconocimiento apropiado y recompensa, apoyo en el trabajo comunitario, promoción de la justicia e imparcialidad en el trabajo, llevar a cabo estudios de investigación).

En la siguiente (**Tabla 3.7**), se muestran los diferentes estudios con el tipo de intervención realizada.

⁶³ Ibid., p. 250.

Tabla 3.7 Resumen de las intervenciones sobre la angustia emocional.

Tipo de intervención	Descripción de la intervención	Estudios
Intervenciones dirigidas por la Organización	Los horarios de trabajo	Ali et al., 2011 Garland et al., 2012
	Mejorar el ambiente de trabajo	Goets et al., 2012 Liu et al., 2013
	Cambio de composición del equipo	Rocheftort et al., 2010 Merlani et al., 2011
	Trabajo en equipo, tarea de rotación	Bellieni et al., 2012
Intervenciones dirigidas a personas	Programas educativos, seminarios Habilidades de comunicación	De Eagle et al., 2012 Meadors, et al., 2008
	Ejercicios de relajación	West et al., 2014 Loiselle et al., 2012 Quenot et al., 2012
	Atención plena	Sluiter et al., 2005 West et al., 2014 Mehrabi et al., 2012 West et al., 2014
Personal	Personalidad y afrontamiento El apoyo social y duelo individual Asesoramiento	Nooryan et al., 2011 Nooryan et al., 2012 Liu et al., 2012 Lederer et al., 2008

Fuente: Elaboración propia. Obtenido de: Van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, Nijkamp, y Seedat (2015).

Una de las prácticas utilizadas para procurar «autocuidado», se basa en el uso de la conciencia (awareness) o autoconciencia (selfawareness) entendida como el conocimiento o reflexión de nuestros pensamientos, emociones, capacidad para la introspección, para el control y procesamiento interno que hacemos de la información, las interpretaciones, las respuestas y conductas que emitimos en las diferentes situaciones y contextos en los que nos encontramos.

Es en este sentido la práctica de mindfulness (conciencia plena), que consiste en prestar atención en cada momento, a los pensamientos, las emociones, nuestras sensaciones corporales y al ambiente circundante en el que nos encontramos. Es una forma de alcanzar y procurar el «autocuidado» personal en la que a través de dicha práctica, se desarrolla la capacidad de prestar atención en el momento presente y responder sabiamente en nuestro entorno vital y de trabajo. Ello permite convertir y

transformar un lugar donde gran parte de problemas nos abordan, en entornos saludables. Esta capacidad puede ser adquirida y mejorada de manera efectiva mediante el aprendizaje, y es potencialmente útil en la promoción del bienestar, el manejo y reducción de la ansiedad y las emociones negativas.

Existe literatura que ya recoge esta relación positiva que se establece como mecanismo protector (Fenigstein, Scheier, y Buss, 1975)⁶⁴, y en este sentido, son conocidas algunas intervenciones al respecto. La realización por parte del personal de enfermería de un programa de entrenamiento, mediante la práctica de la meditación durante cinco semanas, tuvo un efecto positivo, mejorando el bienestar psicosocial y espiritual, disminuyendo el estrés, y podría ser un recurso frente al desgaste y para procurar la atención espiritual en pacientes (Yong, Kim, Parque, Seo, y Swinton, 2011).

Cada vez se reconoce más la importancia de un enfoque en la promoción y cuidado para un trabajo saludable que incorpore estas intervenciones. A pesar de ser un tema con una trayectoria reciente en su investigación, ya existen iniciativas que de alguna forma persiguen una mejor CVL, por ejemplo en atención en cuidados paliativos actuando sobre distintos tipos de riesgo, puesto que como ya se sabe, los profesionales de cuidados paliativos se ven afectados por diversos estresores como las altas cargas de trabajo, la formación inadecuada para hacer frente a sus propias respuestas emocionales derivadas de la muerte de pacientes y la inhabilidad de estar a la altura de los propios estándares interiorizados (Kearney, 2012). Estos estresores pueden dar lugar a la fatiga de la compasión, el burnout y el trauma secundario, trastornos que se podrían prevenir mediante la meditación *mindfulness*. [Citado en Galiana, 2015].

También se está buscando formas de poder establecer mediciones para evaluar la plena conciencia a través de diferentes escalas como la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), siendo este instrumento el más popular. No obstante los estudios sobre su estructura han demostrado algunos resultados contradictorios según Galiana, Oliver, Sansó, Sancerni y Tomás (2015). Motivo por el cual resulta necesario seguir investigando sobre la medición de este aspecto del «autocuidado».

El enfoque de las intervenciones debe ser global, pero al mismo tiempo debe incidir directamente sobre las personas trabajadoras, o bien por su participación en distintas

⁶⁴ Richards. Op. Cit., p. 250.

actividades o bien interviniendo sobre el entorno y las distintas condiciones en las que se desarrolla el trabajo, como se ha visto en la anterior tabla 3.7.

Un enfoque holístico que contemple esta visión de las intervenciones, tiene como objetivo proteger la salud y la seguridad en el lugar de trabajo (SST), a través de una acción promotora de salud, preventiva del riesgo, y de intervención sobre el ambiente y el propio sujeto para abordar todos los aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales. Este enfoque debe formar parte de cualquier gestión integral de la SST, pudiendo establecerse dos modelos estratégicos.

Por un lado centrado en el lugar de trabajo (Healthy Workplace Model), y por otro, centrado en estrategias de salud de la persona que trabaja a través de estilos de vida saludables (Total Worker Health strategy).

Ambos modelos reconocen que las lesiones, enfermedades y toda la problemática relacionada con el trabajo no procede de una sola fuente, y por lo tanto se incide en la elaboración de programas de protección basados en la salud total para reducir la exposición a los riesgos y reforzar la promoción de la salud fomentando cambios positivos en el estilo de vida con la participación de trabajadores y trabajadoras, mediante la formación, dotando de recursos para optimizar sus habilidades de afrontamiento y estrategias de manejo personal, la sensibilización frente al problema y posibles medidas de intervención. Esto puede inducir a la persona para asumir la responsabilidad de sus acciones.

Un ejemplo de esta práctica de intervención psicosocial integral señalada en el documento: “Psychosocial risks in Europe Prevalence and strategies for prevention”, es el programa Healthy Working for Health en un hospital holandés (EU-OSHA, 2014c, p. 68).

Este programa se puso en marcha como consecuencia de tasas de absentismo laboral superiores a los promedios nacionales. Para ello se establecieron diferentes medidas para mejorar las condiciones del entorno y reforzar capacidades personales (la rotación de puestos de trabajo, reducción de la carga de trabajo, se fomentó el apoyo entre el personal y la dirección, entrenamiento para aumentar la solidaridad, cursos para el manejo del estrés, y una formación adicional sobre el tratamiento de la muerte. Todo ello con implicación directa del personal trabajador.

No obstante no todos los programas resultan efectivos y adecuados para reducir el estrés laboral. En el estudio de Freitas, Carneseca, Paiva, C y Paiva, B (2014), aplicando un programa de actividad física en personal de enfermería, a pesar de ser bien aceptado, el conseguir una mejoría en la percepción de la salud y la calidad de vida relacionada con el trabajo, no condujo a efectos beneficiosos sobre el estrés laboral.

Un estudio fuera del entorno sanitario, de cohorte prospectivo en cuarenta y tres trabajadores varones a partir de dos sectores de trabajo en una distribuidora de material deportivo en Sao Paulo - Brasil, investigó los efectos de un programa de descanso y de promoción de la salud en el lugar de trabajo, y demostró la importancia y el beneficio para el alivio del malestar, dolor, tensión, fatiga, cansancio visual, y alteraciones emocionales. Dicho programa de entrenamiento incluía la formación, diseños de espacio y modificación de los hábitos de trabajo junto con prácticas de ejercicio mediante estiramientos y descansos cortos. Ver (**Anexo-3**).

Los resultados mostraron beneficios fisiológicos para los trabajadores y al mismo tiempo mejoras en la productividad de la empresa. Ello justifica la importancia de la implementación y mantenimiento de promoción de la salud y programas de actividad física en el entorno laboral (De Oliveira, Zicolau, y Cury-Boaventura, 2015).

También podemos señalar a modo de ejemplo la iniciativa de una empresa biofarmacéutica AbbVie, que ha planteado una intervención con el fin de fomentar el «autocuidado» personal para contribuir a una vida sana entre sus trabajadores y trabajadoras.

La iniciativa global etiquetada como “AbbVie Vitality” concretamente persigue promover conductas físicas, mentales y emocionales, a través de programas como “AbbVie in Motion” para el fomento de la actividad física, “AbbVie WOW (World of Well Being)”, con actividades para aumentar y mantener la capacidad de superación y energía, bienestar y rendimiento (Europa Press, 2016).

A nivel europeo, en la encuesta multinacional ESENER-2 (2014), se preguntó a las empresas acerca de las medidas para la promoción de la salud entre los trabajadores y trabajadoras. La medida que se aplica con mayor frecuencia (35 % de las empresas en la Europa de los veintiocho) es la actuación para la prevención de las adicciones (tabaco, alcohol, drogas), seguida de la concienciación en materia de nutrición (29 %) y la promoción de los deportes fuera de horario de trabajo (28 %). Por sectores, las medidas

para la promoción de la salud se ejecutan con mayor frecuencia en los sectores de la educación, la sanidad y el trabajo social (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2014).

En la encuesta realizada a nivel nacional y comparando con otros países, se recoge que los valores más altos corresponden a las empresas de Finlandia, que encabeza la clasificación en materia de sensibilización sobre la prevención de las adicciones (59 % de las empresas) y se sitúa en segundo lugar en las otras tres medidas, con una proporción especialmente alta de empresas (78 %) que afirman promocionar los deportes fuera del horario de trabajo (80 % en Suecia), [Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2, 2015, pp. 8-9], publicada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Los datos son los siguientes, en los distintos apartados (p. 72):

- a) Concienciar sobre una nutrición saludable (49%).
- b) Concienciar sobre la prevención de adicciones, (tabaco, alcohol o drogas) (45,8%).
- c) Promover las actividades deportivas fuera del horario laboral (35,3%).
- d) Promover ejercicios de espalda, estiramientos u otros ejercicios físicos en el trabajo (58,8%).

En España, el sector que más medidas aplica para prevenir riesgos psicosociales es sanidad, educación y servicios sociales.

En definitiva podemos señalar que prestar atención a las situaciones de demanda del medio, a determinadas señales e indicadores, evitar la excesiva estimulación de situaciones estresantes, detectar el agotamiento físico y/o emocional e intervenir previamente, durante o posteriormente sobre ello, son capacidades y actitudes que se deben fomentar en general en las personas y en particular en el desempeño laboral, donde el «autocuidado» tiene mucho que decir. Lo contrario trae consigo problemas, costes innecesarios, y dificultades para la actividad profesional y la vida personal.

3.2.7.6. El «autocuidado» desde la perspectiva de género

Según se recoge en el informe: “Cuestiones actuales y emergentes en el sector de la asistencia sanitaria, incluida la asistencia domiciliaria y en régimen abierto”, elaborado por la EU-OSHA, el sector sociosanitario siendo uno de los mayores de Europa que emplea un 10% de personas trabajadoras, tiene una proporción de mujeres del 77 %.

Al mismo tiempo también se indica que tiene la cuarta tasa más alta de problemas graves de salud relacionados con el trabajo, y que las mujeres del sector de la sanidad y los servicios sociales, tienen más probabilidades de sufrir al menos un accidente o de padecer una enfermedad profesional que las trabajadoras de otros sectores⁶⁵.

Uno de los problemas que se viene arrastrando es el de la conciliación de la vida laboral y personal, que sigue siendo un problema y afecta en particular a las numerosas mujeres que trabajan en este sector.

Al mismo tiempo, el entorno sanitario a pesar de ser un trabajo mayoritariamente ejercido por mujeres, estas padecen situaciones de inequidad en salud cuando no consiguen superar la barrera invisible o «*techo de cristal*» que les impide la posibilidad de desarrollo profesional de ascenso. La falta de empoderamiento del colectivo, tiene consecuencias que repercuten en el estado de salud. Por ello es posible que la asistencia que se necesita sobre los y las pacientes, no concuerde con la ofrecida de manos de las y los profesionales del sector.

En general sin hacer referencia específica al colectivo sanitario, el uso del tiempo que se dedica a diferentes actividades por parte de las personas, difiere en función del sexo (mujer/hombre) y vinculado a la condición de género (masculino/femenino), en este último caso como consecuencia del rol social que se le atribuye a la mujer por su condición sexual.

El tiempo que se puede destinar por dicho motivo a cuidarse, no se escapa a este efecto pernicioso, y supone evidentemente una situación de partida en desventaja en el cuidado de la salud para la mujer. Así según el Instituto Nacional de Estadística (2010)⁶⁶, se señala por ejemplo que hay más hombres que participan en actividades de tiempo libre y durante más tiempo, especialmente en deportes y actividades al aire libre, lo que podemos considerar un aspecto importante del «autocuidado».

En este caso el personal de enfermería podemos considerarlo como un grupo homogéneo que comparte mayoritariamente dichos aspectos, y en el que básicamente se establecen diferencias respecto a la condición de edad, estado civil, cargas familiares, rol o desempeño laboral. Algunas reflexiones pueden servir para matizar al colectivo

⁶⁵ EU-OSHA. Op. cit., 2014a, p. 2.

⁶⁶ Más información disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np606.pdf>

profesional:

- Por un lado se trata de un colectivo mayoritariamente femenino.
- El proceso de formación académica y desempeño laboral, se dirige a la atención y cuidado de las personas.
- La turnicidad o turno rodado en el puesto laboral, limita el establecimiento de pautas o rutinas sistemáticas y por tanto oportunidad para el «autocuidado».
- La condición femenina, derivada de la socialización de género y vinculada históricamente al cuidado familiar y doméstico, puede dificultar la realización de «autocuidado» y su instauración como hábito. Esta situación puede suceder si se relaciona el hecho con la «*doble presencia*» o «*doble jornada*» en el ámbito laboral⁶⁷. La sobrecarga de roles actúa de barrera para el «autocuidado».
- La situación de convivencia y vida en pareja ligado a la crianza y cuidados familiares, supone reorganizar conductas rutinarias (descanso, ocio, alimentación...), en función del tiempo disponible.
- En términos generales la mujer asume conductas con menos riesgo.
- La condición masculina derivada de la socialización de género, tradicionalmente ha desplazado y vinculado el cuidado a la condición y rol femenino.
- En términos generales se han asumido más riesgos por la construcción social de masculinidad, descuidando en cierta medida mecanismos de protección, y/o no considerando la necesidad de los mismos.

En este breve apartado de reflexión, se explicita sin nombrarlo, el papel y la responsabilidad que el Estado y las instituciones deben de desempeñar en términos de igualdad como elementos de salvaguarda y garantía para el disfrute de la salud, y con ello la posibilidad del desarrollo del «autocuidado»⁶⁸.

⁶⁷ Los conceptos de doble presencia y doble jornada, hacen referencia a la situación de sobrecarga laboral que tiene la mujer por cuestión de género. La doble presencia se refiere a tener que estar pendiente al mismo tiempo de dos situaciones que requieren de atención. Se trataría de ocuparse a la vez de tareas del ámbito laboral y tareas del ámbito doméstico, o tener la mente puesta en ambas tareas al mismo tiempo. La situación de doble jornada, va referida a desarrollar una actividad laboral, y tener luego que ocuparse del desempeño de las tareas domésticas.

⁶⁸ Legislación y normativas en pro de la igualdad de oportunidades, la conciliación de la vida laboral y familiar, son algunos ejemplos del papel que deben de desempeñar para la mejora de las condiciones de igualdad y vida de las personas.

Por tal motivo las intervenciones de promoción de la salud deberían incorporar la especificidad del colectivo femenino en función de las necesidades que surjan y teniendo en cuenta tanto el rol productivo como el doméstico.

3.2.7.7. Planes de formación institucional para el «autocuidado»

La adquisición de conductas para el «autocuidado», puede venir dirigida de forma externa a la persona, de forma interna por la propia persona o en su caso por una combinación de ambas.

Si bien es cierto que muchas de las conductas que se adquieren en diferentes etapas y momentos de la vida, han sido adquiridas mediante procesos de modelado siguiendo la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), ya señalada en el MPS de Nola Pender, otras también están basadas en el condicionamiento operante de B.F. Skinner alrededor de (1920), mediante el uso de refuerzos. Pero también otras muchas se pueden ir perdiendo con el paso del tiempo.

Así pues en el primero de los casos señalados, las personas no disponemos de partida de un repertorio conductual y por ello se deben adquirir mediante la copia de modelos, mediante la exposición de los mismos, y posteriormente a través de la observación y repetición por parte de la persona que lo aprende a partir de su experiencia.

Con ello se pueden adquirir nuevas pautas o bien modificar aquellas de las que ya se dispone. De esta forma el proceso de transmisión social por ejemplo se puede producir a través de las prácticas y estilos de vida saludables basadas en el «autocuidado». Con ello cobra importancia la capacidad autorreguladora de la persona, puesto que puede ejercer el control sobre su propia conducta.

Por otro lado en segundo lugar, aquello que incorporamos a nuestro repertorio, será todo lo que al ejecutar la conducta produzca consecuencias o sensaciones agradables para la persona, de forma que aquellas conductas que provoquen dichas sensaciones, tendrán más probabilidad de repetirse posteriormente.

Por poner un ejemplo: un óptimo nivel de «autocuidado» vinculado a bienestar laboral, se convertirá en una fuente motivadora de desempeño, mientras que un déficit de «autocuidado» vinculado al desgaste e insatisfacción en el entorno de trabajo, constituye un círculo difícil de romper, si no intervenimos sobre el mismo.

Los entornos laborales pues, no pueden dejar de lado y perder la oportunidad de mantener un óptimo estado de salud y bienestar, potenciando el «autocuidado» para el conjunto del personal que desempeña una actividad en los mismos, dado que el activo más importante lo ocupan los RR.HH, es decir las personas trabajadoras. Eurofound, a través del Observatorio Europeo de la vida laboral (EurWORK), así lo señala y entiende a través de sus informes emitidos periódicamente.

Según el informe de Eurofound (2012), la UE necesita tomar una vía rápida hacia la competitividad con una mejor calidad del trabajo y el empleo. Uno de los objetivos estratégicos para el período 2013-2016⁶⁹, consiste en mejorar las condiciones de trabajo y hacer el trabajo sostenible a lo largo de toda la vida.

Para ello Eurofound pretende identificar aquellas prácticas que beneficien unas buenas condiciones de trabajo, y las políticas que fomenten el recurso a dichas prácticas en el que todas las partes salgan ganando (las instituciones-empresas y la parte trabajadora).

Uno de los posibles planteamientos hace referencia al modo en el que los entornos de aprendizaje pueden promover el desarrollo de las capacidades en el lugar de trabajo y un mejor uso de las mismas. Así se señala que:

La evidencia muestra que las inversiones en capital humano pueden conducir a una mayor productividad y crecimiento del empleo. También hay amplios beneficios sociales asociados con el aumento de la inversión en capital humano, como la mejora de la salud y una mayor cohesión social. (...). Uno de estos modelos es la "*organización de aprendizaje*".

Las organizaciones de aprendizaje animan a fuertes dinámicas de aprendizaje individuales y colectivas en el lugar de trabajo, que son particularmente eficaces en lo que respecta a la resolución de problemas. (...). [Eurofound, 2015, párr. 3-4].

El último informe emitido recientemente: "Developments in working life in Europe: EurWORK annual review 2015" (Eurofound, 2016), recopila información y datos a partir de diferentes documentos que se señalan a continuación, indicando que los procesos de aprendizaje e implicación institucional como modelo de organización, juegan

⁶⁹ Políticas mejor fundadas para una Europa justa y competitiva. Programa de trabajo cuatrienal 2013-2016. Disponible en:

http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2012/52/es/1/EF1252ES.pdf

un papel decisivo en las condiciones laborales.

- ✓ Encuesta europea sobre Calidad de Vida (EQLS) en Europa, en la que se aborda el bienestar de la población, junto con la calidad de la sociedad y los servicios públicos.
- ✓ Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo de Eurofound (CEE).
- ✓ Encuesta de la empresa de Eurofound (ECS).

Por evidenciar alguna de las formas de implementación de acciones dirigidas al fomento de condiciones saludables a nivel laboral y vinculadas a los procesos formativos de aprendizaje, se han recogido para su análisis los planes de formación continuada de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana gestionados por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), de los años 2014, 2015 y 2016⁷⁰.

La intención es poder detectar la existencia de acciones formativas específicas vinculadas al cuidado de la salud laboral y si fuera posible vinculadas al concepto de «autocuidado» y dimensiones de la CVL.

Según se recoge en los planes de formación en sus resoluciones publicadas para los años 2014, 2015 y 2016⁷¹:

- Se persigue en última instancia, la formación de profesionales de la salud a fin de alcanzar los mayores niveles de eficiencia posibles.

La formación continuada se entiende como un proceso formativo que se recibe después de un período de instrucción básica, y/o también especializada y que se desarrolla de forma permanente a lo largo de la vida laboral de un trabajador, con la intención de mantener para mejorar su competencia profesional de acuerdo al desempeño de sus funciones. (Conselleria de sanidad., DOGV, Num. 7191/14.01.2014, p. 907)

Dentro de las áreas de formación en todos los planes formativos se recoge la salud laboral. No obstante de la totalidad de cursos de formación que se recogen, mínimamente podemos ubicar contenidos que hagan referencia a dicha área temática, a la vista del nombre del curso y los contenidos que indican.

⁷⁰ En 2016 y actualmente: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

⁷¹ Año 2014: http://www.dogv.gva.es/datos/2014/01/14/pdf/2013_12459.pdf

Año 2015: http://www.dogv.gva.es/datos/2015/01/13/pdf/2015_75.pdf

Año 2016: http://www.dogv.gva.es/datos/2016/01/18/pdf/2016_208.pdf

Calidad de Vida Laboral y Autocuidado en personal de Enfermería asistencial con alta demanda emocional

Tampoco se contemplan los aspectos formativos con contenidos referentes a los conceptos de FC, o SC.

Podemos observar dicha información en las siguientes (**Tablas 3.8, 3.9, 3.10**).

Tabla 3.8 Formación continuada 2014.

2014	Título	Contenidos
- Accidentes de múltiples víctimas.		- Adquirir conocimientos y habilidades para el conocimiento y manejo de las situaciones de emergencia en el que se encuentran involucradas muchas víctimas.
- Actualización en urgencias hospitalarias.		- Habilidades de comunicación. - El trabajo en equipo.
- Asistencia sanitaria racional para el paciente terminal.		- Impregnar con las actitudes y conocimientos generales de los cuidados paliativos. - El equipo interdisciplinar: metodología de trabajo.
- Atención al paciente crónico desde atención primaria. Modelo de atención participativa.		- Fomento del autocuidado, autonomía y empoderamiento del paciente.
- Atención integral al paciente con demencia.		- Mejora en las habilidades de manejo de las complicaciones a lo largo de la evolución y en la comunicación con el binomio paciente/cuidador.
- Cuidados paliativos en atención primaria.		- Codependencia, estrategias de comunicación/paciente/cuidador/profesional de la salud. - Recursos útiles para la prevención del burnout. Cuidar al cuidador informal.
- Curso-taller de planes de cuidados estandarizados, metodología para su elaboración y aplicación en la práctica diaria.		- Actualizar los conocimientos y las habilidades necesarias para que la planificación de los cuidados garantice los resultados deseados.
- Cronicidad. ¿Cómo implicar al paciente crónico y considerarlo como eje del sistema?		- Adaptación de los diferentes modelos de provisión de cuidados crónicos a nuestro medio. Mejora y reorganización de los procesos asistenciales para la implicación de pacientes en el cuidado de su propia salud. Continuidad asistencial: Seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. Fórmulas de apoyo al autocuidado.

Continúa en la página siguiente

Continúa de la página anterior

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados paliativos apoyo emocional y asistencia a los enfermos crónicos y terminales. | <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a los alumnos conocimientos y habilidades que les permita desarrollar una intervención clínica y psicosocial más efectiva con relación a los enfermos terminales y a su entorno familiar. |
|--|---|

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.9 Formación continuada 2015.

2015	Título	Contenidos
- Formación de formadores en el manejo de talleres a cuidadores familiares.		<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en control de la respiración. - Técnicas de relajación. - Identificación fuentes de tensión. - Aprender a identificar los sentimientos dependiendo de los diferentes pensamientos o interpretaciones. - Manejar los pensamientos irracionales y de culpa. - Incrementar el tiempo para uno mismo, de ocio, mejorar la vida social. - Identificar actividades agradables. - Adquirir habilidades y estrategias para enfrentarse a situaciones difíciles.
- Actualización de cuidados de enfermería en el paciente crítico.		<ul style="list-style-type: none"> - Enseñarle a cuidar de la propia salud: ayudar a reconocer las señales de alarma. - Formar en el conocimiento y destrezas necesarias que permitan prestar cuidados de calidad a los individuos en estado crítico en las unidades de cuidados intensivos.
- Atención y manejo a personas con trastorno mental grave.		<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades del profesional sanitario ante situaciones de crisis.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.10 Formación continuada 2016.

2016	Título	Contenido
- Abordaje del tabaquismo para profesionales Sanitarios.		- Abordar el tabaquismo en Atención Especializada y Atención Primaria.
- Formación de formadores en el manejo de talleres a cuidadores familiares.		- (= 2015)

Continúa en la página siguiente

Continúa de la página anterior

- | | |
|---|---|
| - Atención y manejo a personas con trastorno mental grave. | - (= 2015) |
| - Cuidados paliativos, apoyo emocional y asistencia a los enfermos crónicos y terminales. | - (= 2015) |
| - Metodología y confección de planes de cuidados estandarizados. | - Taxonomía diagnóstica y planificación de cuidados.
- Planes de cuidados estandarizados. |
| - Razonamiento clínico: precisión diagnóstica. | - Inferir resultados e indicadores de cuidados relacionados con los Diagnósticos de Enf ^a /otros problemas de cuidados.
- Inferir las actividades de valoración y cualitativas relacionadas con los Diagnósticos de Enf ^a /otros problemas de cuidados.
- Juicio clínico en los cuidados. |

Fuente: Elaboración propia.

Revisados los planes de formación, podemos comprobar que no se visualizan contenidos relacionados con el área de salud laboral, y los referidos al «autocuidado» profesional de forma generalizada sin especificar, tampoco se ven reflejados.

Por otra parte aquellos que recogen aspectos del «autocuidado», se centran básicamente en pacientes con alguna patología⁷². Sí algún descriptor/contenido en referencia a los cuidados paliativos, pero dirigidos a pacientes y entorno familiar.

Tampoco se recogen dentro de la ORDEN CIN/2134 (2008), por la que se establecen los requisitos para la obtención del título universitario oficial que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermería, salvo una referencia al «autocuidado» dirigido a pacientes recogido en el punto 9 (Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas). De tal forma que no se evidencian de forma específica, contenidos que faciliten de manera activa el cuidado para promover el bienestar y la CVL⁷³.

⁷² Se han seleccionado aquellos cursos de los que se intuía algún contenido afín al «autocuidado» y CVL. No obstante no se hace referencia de forma explícita, y no van dirigidos al ámbito laboral.

⁷³ En este sentido considero importante la reflexión de despacho que me hizo llegar una compañera, enseñándome un artículo sobre educación emocional en el período formativo de prácticas.

La conversación mantenida venía a decir: Hay que formar al alumnado sobre las situaciones que produzcan afectación emocional para evitar que les afecte y sepan enfrentarse a ello.

Más bien la formación suele estar dirigida a la adquisición de conocimientos teóricos y metodológicos referidos a otros contenidos.

Señalar una salvedad: En la titulación de Enfermería de la Universitat de València, el Plan de Estudios, recoge una asignatura optativa de 4.5 créditos (34398 Salud laboral)⁷⁴. Este aspecto por tanto, debería ser señalado para incorporar en la formación curricular universitaria no como materia optativa, los contenidos necesarios para evitar las situaciones recogidas en el apartado de anexos (relatos de mis experiencias personales).

Estos contenidos vinculados a la formación y práctica asistencial, son básicamente necesarios como también es señalado por Sansó (2014), al indicar por ejemplo la necesidad de introducir dentro de los contenidos curriculares, programas de mejora de la autoconciencia como el ya anteriormente señalado (mindfulness), tanto en la formación reglada como en la continuada, sobre todo por lo conveniente que resulta para el personal asistencial cuando la atención prestada se realiza por ejemplo con personas al final de la vida. No obstante como señala la autora respecto a los factores que intervienen para el desarrollo de una mejor competencia de afrontamiento ante la muerte, la formación específica para afrontar situaciones de sufrimiento y muerte no contribuyó al desarrollo de la competencia. Sí en cambio fueron el “autocuidado y la autoconciencia”, los factores intervinientes (p. 241). Pero evidentemente esto también podría ser considerado como parte de un aspecto formativo aunque de forma general.

Sería pues interesante analizar qué tipo de estrategias curriculares y formativas serían las más adecuadas para la adquisición de este tipo de competencias. Pero como ya se ha podido observar, no se le está dando toda la importancia que requiere.

3.2.8. Bases normativas y legales para la Calidad de Vida Profesional

El artículo 40.2 de la Constitución Española (1978), encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Ello implica poner la atención en aquellos riesgos

⁷⁴ Consulta realizada el 20 de octubre de 2016. Para más información consultar: <http://www.uv.es/uvweb/infermeria-podologia/ca/estudis-grau/graus/oferta-graus/graus/grau-infermeria-1285850234724/Titulacio.html?id=1285847387010&plantilla=InfermeriaPodologia/Page/TPGDetail&p2=2>

que puedan afectar a la salud en el ámbito laboral. Al mismo tiempo en el artículo 43.1, se reconoce el derecho a la protección de la salud, y por ello, los riesgos que pueden afectar a la salud, deben ser un foco de atención para poder cumplir el mandato constitucional. Ante la presentación de estas afirmaciones tan genéricas, queda por tanto desarrollar las competencias para el logro de las mismas.

Con la llegada de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se concreta el desarrollo del derecho a la salud y protección de la misma.

[Me permito señalar en negrita lo más significativo, para no cansar la lectura de todo lo que se señala en la ley]. Así el articulado de la ley establece primeramente, la necesidad de la regulación y las acciones para ello.

Hacemos a continuación referencia a algunos de los mismos.

- **Artículo tres.** 1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- **Artículo cuatro.** 1. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias (...).
- **Artículo seis. 1).** Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: 1. A la promoción de la salud. 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas. 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente. **2).** En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud.
- **Artículo dieciocho. Las Administraciones Públicas,** a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, **desarrollarán** las siguientes actuaciones: 1. Adopción sistemática de acciones para la **educación sanitaria** como elemento primordial **para la mejora de la salud individual y comunitaria**, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, (...). 2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la **promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad** del individuo y de la comunidad (...). 5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de **protección frente a factores de riesgo** (...). 9. La **protección, promoción y mejora de la salud laboral** (...). 13. La difusión de la **información epidemiológica** general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud. 14. La mejora y

adecuación de las necesidades de **formación del personal** al servicio de la organización sanitaria, (...). 15. El fomento de la **investigación científica** en el campo específico de los problemas de salud, (...). 16. El control y mejora de **la calidad de la asistencia sanitaria** en todos sus niveles.

Concretamente y dentro de los aspectos que afectan a la salud laboral, son los riesgos de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) los que ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de accidentabilidad y absentismo, en distintas profesiones, pero en nuestro caso en aquellas vinculadas a aspectos socio-sanitarios de atención.

En la Unión Europea, el interés por la mejora de la salud y la seguridad en el trabajo ha sido una de las principales preocupaciones desde la década de los años ochenta, y en 1987, se introdujo por primera vez la noción de salud y seguridad en el trabajo en el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea⁷⁵.

De la misma manera que el resto de países de nuestro entorno europeo, en nuestro caso no disponemos de normativa legislativa específica y centrada sobre riesgos psicosociales. No obstante, sí que se recogen genéricamente los mismos en el apartado de disposiciones generales de la (Directiva Del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, 89/391/CEE). El artículo 12 de la sección II, hace referencia a la formación de los trabajadores: “El empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación a la vez suficiente y adecuada en materia de seguridad y de salud (...). (p. 11).

En el **artículo 14** de la sección IV se recoge la vigilancia de la salud, y por consiguiente en nuestro caso a nivel del Estado Español, la trasposición de dicha Directiva, las normas y su regulación quedan incorporadas posteriormente en la Ley 31/1995 de 10 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. De esta forma la obligación general de aplicación, viene determinada de manera directa, para la gestión, evaluación, e intervención sobre los mismos.

⁷⁵ Consulta realizada el 21 de julio de 2016. Para más información se puede consultar la página del Parlamento Europeo sobre la salud y la seguridad en el trabajo, que se encuentra disponible en:

http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/es/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.10.5.html

La (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. «BOE» núm. 269), reconoce la organización y la ordenación del trabajo, como condiciones susceptibles de producir riesgos laborales, e incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables. Este tipo de riesgos por otro lado, están sujetos a evolución constante a medida que van cambiando las condiciones laborales del desempeño del trabajo, y el interés por los mismos por parte de la investigación sobre el tema.

El **artículo 4.7.d**, recoge: «Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador».

El **artículo 16**, recoge que la prevención de riesgos debe de integrarse en la gestión de la empresa, en el conjunto de sus actividades y a todos los niveles, mediante la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales, junto con la obligación de investigar las causas de los daños a la salud cuando aparezcan indicios. Su incumplimiento constituirá motivo de infracción grave.

Por lo tanto, para todas aquellas situaciones que puedan provocar problemas de salud como pudieran ser las relacionadas con el estrés, es igualmente aplicable la normativa señalada, lo cual implica al empleador (institución), pero también al trabajador y trabajadora puesto que como se recoge también, en este caso se deben tomar medidas para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. De alguna forma viene a recoger la corresponsabilidad entre ambas partes (las medidas de la institución y el «autocuidado» personal).

La OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), indican la necesidad del reconocimiento del problema de salud por parte de las instituciones, e intervenir para evitarlo OMS (2010b). También señalan, ajustar la legislación en situaciones de discapacidad.

Por último se recoge la necesidad de prevención y promoción, mediante cambios en la organización y educación básicamente. Un ejemplo de ello es el programa SOLVE elaborado por la OIT. Se trata de un programa educacional interactivo que está diseñado para ayudar a desarrollar políticas y acciones que aborden los problemas psicosociales en el entorno laboral, mediante la educación continua (OIT, 2012).

3.2.9. El aseguramiento de la calidad: Del producto al proceso asistencial

No quedaría completo este apartado del marco teórico, sin hacer referencia explícita a la calidad del servicio prestado por parte de las instituciones sanitarias y por el conjunto de profesionales que trabajan en las mismas.

Históricamente el control de la calidad en las instituciones, focalizaba su atención en valorar si las actividades realizadas, se ajustaban a lo adecuado y esperado. Es decir planteaban centrarse en el producto final o resultado del servicio ofertado a través básicamente de indicadores de actividad. Posteriormente el cumplir con el estándar o norma establecida, fue el patrón sobre el que medir dichas intervenciones como forma de aseguramiento de la calidad. No obstante, desde una perspectiva más actual de garantía de la calidad total en nuestras instituciones, se incluyen todos los aspectos organizativos, incluyendo los procesos intervinientes entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo. Es decir entre el conjunto institucional y la persona demandante del servicio (paciente/cliente/usuario/a). Con ello se debe monitorizar cada intervención realizada para comprobar si se ajusta o no a normas o estándares ya reconocidos. Es a partir de ello cuando podemos pasar a la certificación de la calidad.

Esto trasladado al tema que nos ocupa, simplemente quiere decir que habría que establecer de forma institucional y generalizada, por un lado una cultura del «autocuidado» que contribuya a garantizar una calidad del servicio de atención prestada a las personas que lo necesiten, pero al mismo tiempo interviniendo en la calidad de los procesos internos que implementan la atención, a través de una intervención que mejore la CVL de las personas trabajadoras. Entendiendo el concepto del control de la calidad como: “(...) el conjunto de técnicas y actividades, de carácter operativo, utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio (...)” (Suay, 2001, pp. 340-341).

Ello supone a nivel asistencial, la creación de unidades o servicios encargados de monitorizar y controlar dicho concepto. Quizás dicho cometido quedaría integrado en los gabinetes de salud y seguridad laboral de la institución, y en ese caso deberían poder intervenir también sobre estos aspectos. Por lo tanto, la calidad total pasa directamente por atender la CVL a través de unidades o servicios específicos para ello, en la que se hace necesario considerar la incorporación de medidas preestablecidas o conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas de «autocuidado». Esta situación no puede ser

definida de otra manera que no sea a través del desarrollo de una cultura de la calidad total a nivel institucional. Intentar mantener unos niveles altos de calidad sin tener en cuenta la CVL, resultará pues insuficiente para lograrlo.

3.3. Estado del arte: Antecedentes del tema y líneas de estudio

El estudio de situaciones de desgaste profesional, mayoritariamente se ha dedicado al problema del burnout con un enfoque cuantitativo la mayoría de las veces, frente a otros términos relacionados como pueden ser la SC o la FC. Ello es evidente dado que el término burnout aparece recogido en la literatura desde 1974, mientras que la FC aparece por primera vez en 1992.

Por otro lado el enfoque positivo de salud también es reciente, dado que mayoritariamente se ha dirigido hacia lo patológico, y en menor medida hacia aspectos positivos como pudieran ser la SC y el «autocuidado» como factores protectores frente a distintos tipos de estresores. Los resultados obtenidos tras la realización de una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas hasta el 30 de junio de 2014, así lo señalan en la siguiente (**Figura 3.17**). También se indica la necesidad de realizar un enfoque de estudios no solamente cuantitativos mediante cuestionarios o escalas.

Además de la investigación cuantitativa, se requiere por ello entrevistas semiestructuradas para proporcionar más conocimientos sobre los pensamientos y comportamientos en reacción a un ambiente de trabajo estresante.

Figura 3.17 Cantidad de artículos sobre la prevalencia de malestar emocional y rango de prevalencia.

	Mencionado en el estudio (n)	rango de prevalencia (%)
burnout	28 (93,3%)	0,0-70,1
Agotamiento emocional		7,6-52,0
despersonalización		3,3-41,8
Logro personal		6,0-75,9
Fatiga de la compasión	5 (16,7%)	7,3-40,0
De segundo y estrés post-traumático	6 (20,0%)	0,0-38,5
trauma vicario o el estrés	1 (3,3%)	

Fuente: Van Mol. Op. cit., p. 11.

La investigación del «autocuidado» en el ámbito laboral, es reciente como ya se ha indicado. Así en el estudio de Hernández (2016), se realizó una revisión de la literatura entre los años 2005 y 2015 en diferentes bases de datos, utilizando el término «autocuidado» y “promoción de la salud en ambientes de trabajo”.

De la búsqueda realizada fueron seleccionados 51 documentos, y posteriormente tras el análisis, se señala la existencia de gran variabilidad respecto a instrumentos para la medición y diversidad en los procedimientos de intervención, lo cual obliga a considerar que la promoción de la salud en los lugares de trabajo debe ser un tema de constante revisión.

En nuestro caso para profesionales de enfermería, tal y como se ha realizado para el burnout, FC y SC, se ha realizado una búsqueda desde la base de datos multidisciplinar Scopus, para poder hacernos una idea del volumen de publicaciones. Tras la realización de la búsqueda el volumen de documentos también fue muy reducido.

La expresión de búsqueda del término «autocuidado» utilizando DeCS obtuvo cuatro descriptores. De los cuatro, los más indicados respecto a este estudio fueron dos, Uno de ellos, como término indica: Actividades cotidianas, y su definición en español: Realización de las actividades básicas de cuidado personal, tales como vestirse, deambulación, o comer. No obstante, el que más relación tiene con nuestra línea de investigación corresponde al tercero «autocuidado», self-care como descriptor exacto y definición en español: Actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud. Incluye cuidados consigo mismo, familia o amigos. Ver **(Anexo-4)**.

La ecuación de búsqueda utilizada: TITLE-ABS-KEY (self-care) AND TITLE-ABS-KEY (nursing) AND PUBYEAR > 2009 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"NURS")).

Tras la aplicación de los criterios para delimitar la búsqueda, se obtuvieron 29 documentos, dirigidos mayoritariamente sobre la atención a la enfermedad. Por lo tanto a pesar de toda la normativa existente al respecto, este tema todavía está en gran medida por desarrollar en los entornos laborales.

Lo que se sabe y aporta el estudio:

El estudio del estrés del personal sanitario (enfermería) indica altos niveles según

señala la literatura en función del rol de desempeño, lo que al mismo tiempo repercute a nivel personal e institucional respecto a la atención prestada. Ello evidentemente se expresa como insatisfacción, en una mala CVL y problemas derivados.

El proceso de atención directa a pacientes, por un lado indica un grado de satisfacción, pero por otro muchas veces fatiga y desgaste. El no considerar la necesidad de «autocuidado» en nuestra actividad, contribuye a la dificultad del desempeño profesional, al no identificar situaciones que repercuten de manera negativa a nivel personal. En ocasiones se traduce en un manejo inadecuado de las propias emociones que convierten la ilusión en desánimo, la competencia en auto-cuestionamiento de la propia profesionalidad, y la satisfacción por el trabajo, en una tortuosa rutina. Ya la literatura recoge todo este tipo de problemática, tanto de forma general como específica.

Es evidente que en todos los entornos laborales en menor o mayor medida, pueden darse situaciones estresantes de desgaste físico/emocional, insatisfacción laboral, llegando incluso al abandono de la actividad, y resultando paradójico con el hecho de tratarse de un desempeño con un fuerte componente vocacional, pero que a pesar de tener en cuenta esta última afirmación, la balanza no siempre se inclina hacia este último lado señalado. Así la literatura desde hace una década, ha recogido una mayor incidencia y prevalencia de dicha problemática en las unidades de cuidados críticos, urgencias, oncología, y pediatría. Pero también sabemos que existen otros escenarios igual de específicos, y profesionales posibles en los que también aparecen situaciones estresantes.

Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel y Reimels (2010), en un estudio realizado a personal de enfermería de diferentes servicios en EE UU, obtuvieron que el 20,2 % referían puntuaciones bajas en SC, un 26,6 % tenía riesgo de «burnout» y el 28,4 % padecía FC. El «burnout» se daba mayoritariamente en unidades de cuidados intensivos, la FC en servicios de oncología, y las puntuaciones más bajas de SC se producían en los servicios de urgencia. El instrumento de medida para la SC y FC fue ProQOL-IV (Professional Quality of Life), y para «burnout» MBI (Maslach Burnout Inventory).

Un problema importante en el que nos encontramos actualmente a nivel mundial según Buchan y Calman, (2006); Buchan, O_May, y Dussault, (2013); Pisanti et al. (2015)⁷⁶, es la escasez de personal de enfermería, que se espera que empeore como

⁷⁶ Fida. Op. cit., 2016, p. 3.

consecuencia del aumento de las cargas de trabajo y los recursos limitados de que se dispone.

Esta situación al mismo tiempo será un factor que contribuirá al aumento del «burnout» y otros problemas de salud derivados del entorno laboral, pero también dificultad para proveer cuidados de salud de calidad.

Tradicionalmente la atención a estos problemas se ha realizado con una orientación desde lo problemático y patológico de la salud, y en menor medida desde una perspectiva positiva salutogénica pro-salud, como quedó reflejado en el marco teórico.

Plantear la atención a la salud desde la promoción del «autocuidado», implica alejarse en cierta medida de la intervención sobre lo patológico, para intervenir más en su prevención. Esta visión aplicada a las disciplinas de las ciencias socio-sanitarias, encargadas de atención directa a personas, plantea un enfoque positivo de salud. Como consecuencia, se está intentado valorar el papel que juegan determinados factores para minimizar esta situación como es el caso del «autocuidado», como recurso protector.

En este sentido la literatura indica que, poco se ha hecho por incluir el «autocuidado» en una práctica común para la población en general y de forma más concreta para los entornos laborales de actividad profesional socio-sanitaria fuera del ámbito de lo patológico, como a continuación se señala:

Una revisión de la literatura del autocuidado emprendida durante las últimas décadas, indica que los estudios realizados se centran principalmente en dos áreas: autocuidado en enfermedades crónicas y comunes (Khagram, Martin, Davies, y Speight, 2013). Sin embargo, el autocuidado es también excepcional en las necesidades de salud de todos los días de la población general (White et al., 2012), y el desarrollo de habilidades de autocuidado que llevan al público en general a adoptar estilos de vida más saludables comienza a ser el núcleo de una serie de políticas y proyectos. En este punto, merece especial atención el papel del autocuidado en los profesionales que se ocupan de los acontecimientos estresantes, como es el caso de los profesionales de la salud. [Citado en Galiana, Oliver, Sansó, y Benito, 2015, pág. 1].

No obstante a pesar de que mayoritariamente la literatura proviene de otros países, poco a poco esta tendencia va cambiando, y el interés por mejorar la CVL y el bienestar en los entornos laborales, ha ido abriéndose camino dada la implicación que tiene sobre las instituciones, toda la problemática derivada de la atención prestada.

Esta situación que como bien ha quedado recogida a lo largo de párrafos anteriores, afecta indistintamente, y de diferente forma, a los RR.HH, a su práctica diaria de atención sobre las personas, y a la propia institución.

Es importante recordar que esta situación afecta también a otros colectivos profesionales no únicamente a nivel asistencial, sino también a nivel social y comunitario. Diferentes situaciones y contextos también implican la atención directa y en situaciones con alta carga emocional, aunque poca investigación se haya recogido sobre el tema.

Están iniciándose estudios y aportaciones, sobre el papel protector que desempeñan algunos factores dentro de un contexto de promoción de la salud, a través de políticas de la OMS, OPS, y diversos organismos e instituciones. A pesar de ello, todavía es muy pronto para hablar de conclusiones.

Es necesario en cualquier caso, la necesidad de tener en cuenta tres niveles o espacios de estudio en el «autocuidado»: el personal, el relacional y el social:

- El nivel personal, se refiere a la vida propia, es el espacio interior, individual, que comporta lo que vivimos y sentimos.
- El nivel relacional, se refiere a cómo nos colocamos en relación a la otra persona.
- El nivel social, implica los contextos en los que interactuamos (Cantera y Cantera, 2014).

Referentes directos y cercanos permiten vislumbrar un amplio e interesante campo de investigación.

Por una parte se trata de una apuesta futura por imperativo legal recogido en el contexto de las políticas internacionales señaladas, pero también por el interés creciente y la investigación sobre el tema, que aunque su inicio es reciente, no deja de avanzar. Buena cuenta de estos cambios son llevados a la práctica por Galiana, Oliver, Sansó y Benito (2015), a partir de la construcción de un instrumento de medida que recoge la preocupación por el «autocuidado» profesional.

En este trabajo publicado se evidencia la necesidad de ir construyendo instrumentos para la valoración del mismo, en contextos en los que el desgaste profesional es una de las características inherentes de la práctica diaria como es el caso de la atención a pacientes terminales, pero extensible a otros ámbitos.

Así, se ha realizado la validación de una escala en el contexto español para profesionales de cuidados paliativos a nivel nacional. Dicha escala denominada Professional Self-Care Scale (PSCS), permite evaluar el «autocuidado» profesional en diferentes áreas: Ver (**Figuras 3.18 y 3.19**).

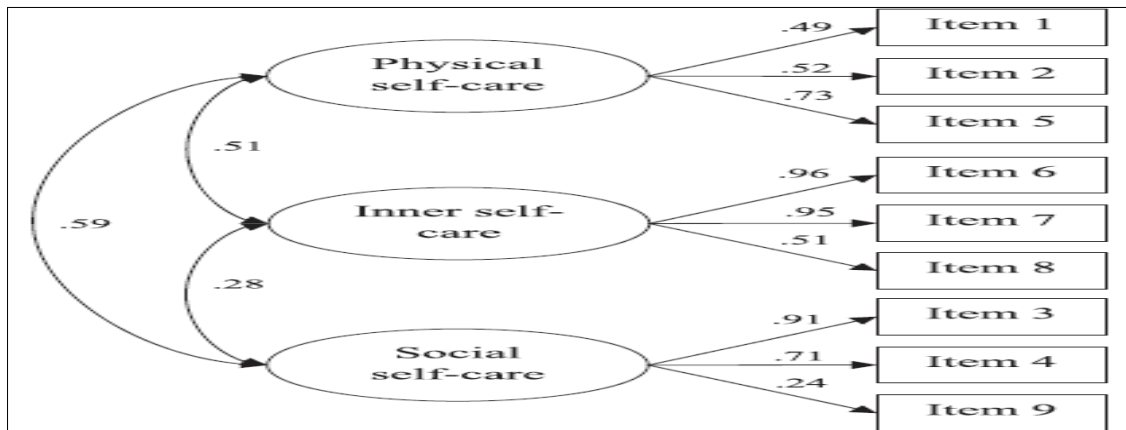
- ❖ «El «autocuidado» físico, (Physical Self-Care). (Actividades que ayudan a mantener un cuerpo saludable).
- ❖ «El «autocuidado» personal interno, (Inner Self-Care). (Actividades que ayudan a mantener una mente saludable).
- ❖ «El «autocuidado» social (Social Self-Care). (Actividades que ayudan a mantener nuestra salud social).

Figura 3.18 Ítems de la Escala de Autocuidado para Profesionales.

Item no.	Domain	Content
1	P	I do exercise on a regular basis. <i>Practico ejercicio con regularidad.</i>
2	P	I usually follow a balanced diet. <i>Suelo seguir una dieta equilibrada.</i>
3	S	I believe that my relations outside work are satisfactory. <i>Considero que mis relaciones personales fuera del trabajo son satisfactorias.</i>
4	S	I believe that my family relations are satisfactory. <i>Considero que mis relaciones familiares son satisfactorias.</i>
5	P	I practice activities that help me to relax. <i>Practico actividades que me ayudan a relajarme.</i>
6	I	My self-care includes getting actively involved in spiritual practice, meditation, oration... <i>Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual, meditación, oración...</i>
7	I	I am constant. I have continuity with my spiritual practice. <i>Soy constante. tengo continuidad en mi práctica espiritual.</i>
8	I	When I feel emotionally overloaded I try to find time for my own care. <i>Cuando me siento sobrecargado emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado.</i>
9	S	When I feel overwhelmed by a clinical situation I feel that I can support on my team in order to elaborate this experience. <i>Cuando me siento sobrepasado por una situación clínica siento que me puedo apoyar en el equipo para elaborar esta experiencia.</i>
Notes: P = Physical self-care; I = Inner self-care; S = Social self-care.		

Fuente: Galiana. Op. cit., p. 3.

Figura 3.19 Ajuste analítico del análisis factorial confirmatorio.



Fuente: Ibid., p. 4.

Es precisamente en momentos y situaciones de gran estrés y elevado impacto emocional, donde este juego de fuerzas se vuelve más crucial para la persona que cuida y la que es cuidada, y son los cuidados paliativos donde parte de la literatura ya recoge la importancia y lo trascendente que resulta el «autocuidado» en ese sentido. Es así como lo reflejan diferentes trabajos.

El estudio realizado con profesionales de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), recoge el aporte que el «autocuidado» ofrece como factor protector y necesario para el desempeño del trabajo con pacientes en situación terminal, según se señala en la siguiente cita:

De acuerdo con nuestros resultados, el autocuidado jugó un papel importante para ayudar a los profesionales de cuidados paliativos frente a la exposición frecuente a la muerte y el morir (...). La importancia del autocuidado dentro de entornos estresantes y de carga emocional de los cuidados paliativos, donde los temas espirituales y existenciales son prominentes, es tal vez más una necesidad que un extra opcional (Sansó et al., 2015, p. 204).

El estudio fue llevado a cabo para comprender el papel que juegan factores asociados a la vida interna en profesionales de cuidados paliativos, y valorar la relación que se establece entre la autoconciencia, la SC, la FC, burnout, y la formación en el afrontamiento a la muerte. Los resultados obtenidos señalan que el cultivar la vida interior y el «autocuidado» del profesional, mediante la autoconciencia, mejora la competencia para enfrentarse a situaciones de FC, burnout de sufrimiento y exposición a la muerte en su actividad laboral, y se relaciona positivamente con la SC y una mejor CVL. Los resultados no apoyaron el papel de la formación como factor positivo frente a la

exposición, aunque se indica que otros estudios sí que lo recogen, y por ello la necesidad de seguir investigando sobre las intervenciones educativas.

En general, se refleja que mayoritariamente los estudios sobre el papel del «autocuidado» frente a burnout, fatiga de la compasión y conceptos relacionados han sido realizados con un enfoque cuantitativo para establecer mediciones, modelos teóricos, e instrumentos que permitan una intervención, en la variabilidad de situaciones y entornos en los que entran en juego diferentes formas de desgaste junto con situaciones de bienestar o satisfacción laboral, no siendo uniforme el tipo de valoraciones.

En una revisión bibliográfica realizada por Sanclemente, Elboj, y Íñiguez (2016), sobre la prevención del síndrome de burnout en la enfermería española, se indica que “ningún estudio de los analizados utiliza una metodología de corte cualitativo y/o mixto” (p. 32). Tampoco se evidencian estrategias preventivas a pesar de lo que ya se sabe sobre dicho problema.

(...), no se han desarrollado al mismo ritmo estrategias preventivas desde el ámbito universitario y/o organizacional que capaciten a los profesionales de la salud al desarrollo de una Inteligencia emocional que les permita conocer sus sentimientos, manejarlos y gestionar sus relaciones con los demás para prevenir de esta manera la aparición de este síndrome. (p. 4).

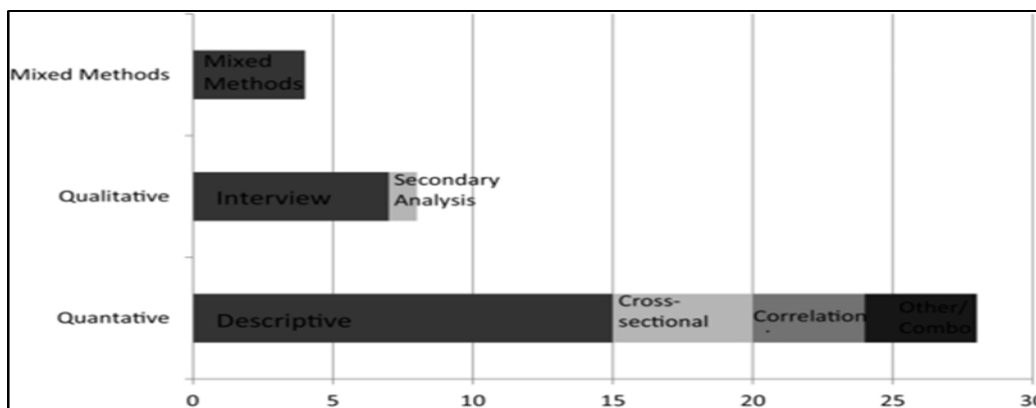
Ello nos lleva a considerar que existen unas unidades más expuestas frente a otras, y con ello pueden plantearse distintos niveles de vulnerabilidad, tipos de entorno y condiciones, tipos de respuesta y formas de intervención, y por tanto las estrategias preventivas y de intervención de forma externa, deberían empezar a implementarse y adaptarse a situaciones concretas.

También aunque en menor producción, existen investigaciones derivadas del paradigma cualitativo, que nos ayudan a comprender los significados que tienen estas realidades para las personas, y permiten obtener de las narrativas directas otros aspectos ocultos, pero en este caso no abordan el aspecto de la prevención y sí en cambio la existencia o no del problema. En nuestro caso hemos considerado conveniente e interesante al mismo tiempo, el planteamiento cualitativo que nos ha permitido profundizar en dicha realidad.

Una revisión de la literatura sobre la FC y SC realizada por Sorenson, Bolick, Wright, y Hamilton (2016), entre 2005 y 2015, también indica la falta de nuevos

enfoques, puesto que la mayoría de los estudios han sido realizados mediante encuestas de auto-informe. Del total de artículos encontrados, 30 se ubicaron en métodos cuantitativos, 9 en cualitativos y 4 en métodos mixtos. Ver (**Figura 3.20**).

Figura 3.20 Resultados de la búsqueda de literatura por el diseño del estudio.



Fuente: (Sorenson, Bolick, Wright, y Hamilton, 2016, p. 460).

Visibilizar el problema a través de la investigación, sensibiliza la conciencia de las personas implicadas a la hora de establecer medidas de intervención para mejorar el bienestar general de las personas trabajadoras y en definitiva una mejor atención, y que en el caso concreto del personal de enfermería también se señala en el estudio, puesto que:

Enfermeras de hospitalización que trabajan en urgencias, oncología, cuidados intensivos, cuidados de atención continuada, y las unidades médico-quirúrgicas y de enfermeras ambulatorias con pacientes externos que trabajan en entornos de salud en el domicilio y clínicas oncológicas, se encuentran en situación de riesgo para la FC (Potter et al., 2013., Yoder, 2010)⁷⁷.

En definitiva, un mejor conocimiento y comprensión de las situaciones adversas en el entorno laboral y del «autocuidado» y su papel protector a través de estos y futuros estudios, puede ayudarnos para seguir aportando valor en su constructo.

Existen pues antecedentes sobre el tema pero en menor cantidad en cuanto a estudios sobre profesionales de enfermería. Esta aportación puede contribuir a seguir profundizando en esta línea de investigación, importante en el desempeño laboral. La importancia va dirigida, tanto al área de la investigación para incrementar los

⁷⁷ Ibid., p. 459.

conocimientos como a su aplicación interviniendo a nivel profesional sobre la gestión de cuidados a pacientes.

Es importante destacar y no olvidar, el criterio señalado de necesidad en la corresponsabilidad, puesto que como hemos indicado, en la fundamentación teórica, este nuevo enfoque es el que debe de imperar desde una concepción global amparado en la salud pública y no solamente desde la individualidad de la persona.

Desde esta perspectiva las políticas institucionales deben proporcionar e incorporar proyectos de educación, evaluación e intervención que sirvan de soporte a la CVL potenciando el «autocuidado».

Seguramente esto es un inicio de futuras intervenciones sobre distintos ámbitos y para conseguir un mejor estado de bienestar para diferentes colectivos profesionales, pero sin duda también para la población en general, que es en definitiva de lo que al final se trata: “Salud para todos en el año...”

3.4. Síntesis del marco teórico conceptual

Históricamente la humanidad ha utilizado diferentes estrategias para el mantenimiento de la vida. Son las prácticas de cuidado tanto de forma inconsciente y que forman parte de nuestra herencia, como aquellas prácticas para vivir, adquiridas por procesos de socialización y aprendizaje. Superada la barrera del mantenimiento de la vida y saltando en el tiempo a los orígenes de la filosofía donde se planteaba el cuidado del cuerpo pero también del alma, nos trasladamos a las prácticas actuales durante la vida centradas en el «autocuidado». Dos posturas claramente diferenciadas pero interconectadas encuadran las responsabilidades del «autocuidado» de las personas.

Por un lado una visión macro desde la Salud Pública en la que desde la OMS, OPS, OIT, diferentes instituciones y organizaciones plantean la necesidad del mayor disfrute de la salud de las personas, y para ello plantean modelos sanitarios de promoción de la salud que reviertan en bienestar en general para la población.

Por otro lado y centrándose en las propias personas, los estilos de vida saludables son los que nos van a permitir alcanzar también altos niveles de bienestar. Se observa pues un cierto grado de desplazamiento de las responsabilidades del estado de salud que recae directamente en la propia persona, o bien desde un enfoque de la colectividad

es una responsabilidad de toda la sociedad. Como no se puede plantear una ruptura, lo correcto sería un planteamiento o visión global, pero una acción o intervención local.

En nuestro caso ubicando a las personas en los entornos laborales, en esta situación la persona necesita protegerse de factores estresantes que amenazan a su salud. Junto con este problema de pérdida de salud, el problema se agrava cuando se trata de profesionales dedicados a la atención a personas que la mayoría de veces se encuentran en situación de desprotección (pérdida de salud, sufrimiento, enfermedad, situación terminal, catástrofes humanitarias...). Diferentes profesionales se pueden incluir en este caso. Uno de los ámbitos más claros se da en el ámbito sanitario y centrado en el personal que atiende y acompaña a pacientes o familia. En nuestro caso el personal de enfermería suele verse afectado por dichas situaciones estresantes (burnout, FC...), que implica insatisfacción y peor CVL. No obstante en otros casos puede darse el caso contrario de SC, bienestar y una buena CVL. Pero de cualquier forma siempre nos puede afectar.

Según se recoge en la página web del Consejo Internacional de Enfermería (CIE):

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (CIE, 2013)

Respecto a la práctica, el Código Deontológico de la Enfermería del CIE (2012) señala:

- ✚ “La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados”. (p. 3).
- ✚ “La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público”. (p. 3).
- ✚ Las enfermeras gestoras estarán encargadas de: “Vigilar y fomentar la buena salud individual del personal de enfermería en relación con su competencia para la práctica de la profesión”. (p. 7).
- ✚ Las asociaciones nacionales de enfermeras estarán encargadas de: “Fomentar estilos de vida sanos para los profesionales de enfermería. Influir a favor de

lugares de trabajo saludables y servicios para las enfermeras” (p. 7).

Uno de los aspectos que puede intervenir para que la balanza se incline hacia el lado positivo y evite situaciones que afecten a la salud, es el «autocuidado» (self-care) y las dimensiones que lo componen (Physical Self-Care, Inner Self-Care, y Social Self-Care), lo cual también repercute favorablemente sobre las y los pacientes y finalmente sobre las instituciones sanitarias.

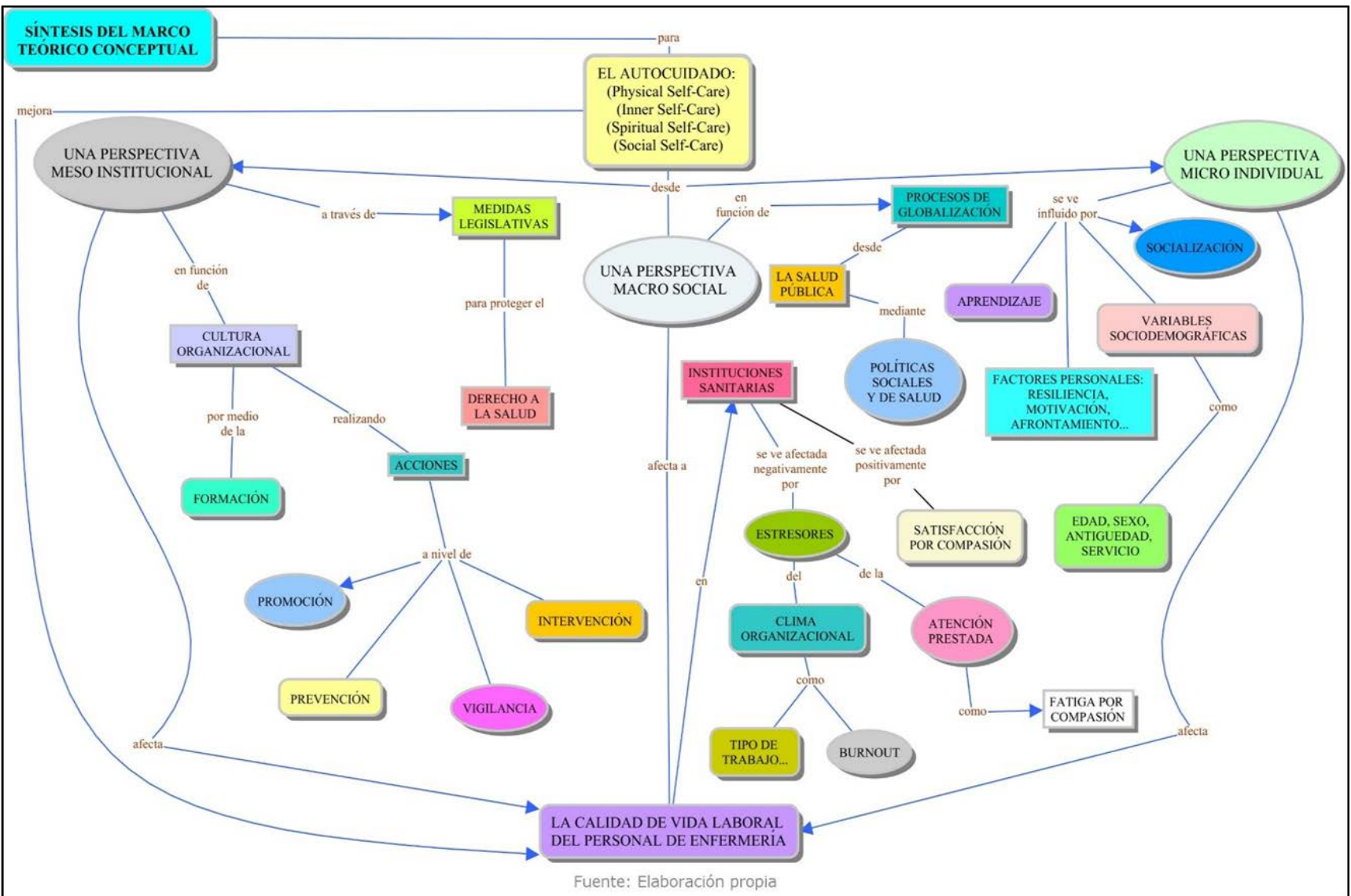
Toda la problemática derivada del estrés laboral, es consecuencia por tanto de la combinación de factores propios del entorno ambiental, junto con las condiciones y vulnerabilidad de las personas trabajadoras. En este sentido ambas posiciones deben ser consideradas para centrar el problema.

En definitiva, sin la consideración de los factores del entorno, y solamente centrándonos en la persona como responsable, no será suficiente para mejorar los entornos de trabajo y la CVL de los recursos humanos.

Corresponde pues desde nuestra posición entender que las instituciones deben de contribuir, para que se puedan implementar las actividades de «autocuidado», facilitando su desarrollo.

A continuación se puede observar la (**Figura 3.21**), que representa la síntesis del marco teórico conceptual, para iniciar el desarrollo del capítulo de metodología.

Figura 3.21 Síntesis del Marco Teórico Conceptual.



CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA: Planteamiento y diseño

CAPÍTULO 4

4. METODOLOGÍA: PLANTEAMIENTO Y DISEÑO

4.1. Formulación y contextualización del problema: Enunciado del estudio

Reflexionando sobre este tema de estudio, viene a mi memoria una frase ampliamente extendida a nivel popular, pero con gran trascendencia en el mundo asistencial, la cual paso a comentar a continuación.

Dice el refranero español que: «**trabajar es salud**». Evidentemente la falta de salud constituye un impedimento para realizar un trabajo, pero a esta afirmación también se le opone otra en la que se expresa lo siguiente: «**si el trabajo es salud, que trabajen los enfermos**».

Por otro lado y al mismo tiempo de sobra sabemos que muchas veces nos vamos dejando parte de nuestras vidas no solo en el trabajo, sino como consecuencia del mismo.

Bien, pues ante esta controversia, podemos situar el «autocuidado» como factor interviniente en el colectivo profesional, de manera que le permita desarrollar su trabajo en las mejores condiciones posibles de cara al cuidado dirigido hacia las personas a las que presta su atención. De esta forma la CVL, en la que se proyectan los efectos del burnout, FC y SC, se ve afectada por el «autocuidado» personal.

A partir de esta premisa como punto de partida vamos a indicar los elementos necesarios para la elaboración del planteamiento y posterior diseño metodológico.

Para ello se han tenido en cuenta en primer lugar, la formulación del problema (**Tabla 4.1**), y el enunciado del estudio:

- La realidad social personal conocida y vivida a nivel asistencial.
- La revisión de la literatura especializada sobre la línea de investigación y de forma concreta sobre el tema de estudio.
- Los enfoques teóricos que apoyan y sustentan el desarrollo del estudio.
- La experiencia y conocimiento sobre el tema investigado por parte de las directoras de la tesis.

Tabla 4.1 Elementos que intervienen para transformar la idea de estudio en el problema de investigación.

ELEMENTOS	DESCRIPCIÓN
<p>INTERÉS TEMÁTICO DEL INVESTIGADOR IDEA DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>Preocupación respecto al bienestar del personal que trabaja en los centros asistenciales, motivado por la vinculación con este tema, como consecuencia del desempeño de delegado de prevención de riesgos laborales.</p>
<p>EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR</p>	<p>Los años de desempeño han supuesto una amplia cantidad de experiencias y conocimiento de la realidad del día a día, del trabajo que se realiza en los centros sanitarios, y la evidencia manifiesta por el personal que trabaja en dichos centros. Junto a ello los momentos críticos señalados que se recogen como relatos personales.</p>
<p>SUGERENCIA DESDE LA EXPERIENCIA INVESTIGADORA POR LAS DIRECTORAS DE LA TESIS</p>	<p>Desde la dirección de la tesis, y puesto que casualmente era un campo temático sobre el que están trabajando, se consideró que sería muy oportuno conjugar la experiencia que se podría aportar de forma personal con la que estaban desarrollando.</p>
<p>LECTURA DE LITERATURA GENERAL Y ESPECÍFICA</p>	<p>Acopio de información general y específica (libros, artículos y documentos), que ha permitido delimitar el marco teórico y concretar el estado en el que se encuentra el tema de estudio.</p>
<p>Σ INTERÉS + EXPERIENCIA + SUGERENCIA + LITERATURA</p>	<p>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL PAPEL DEL «AUTOCUIDADO»</p>

Fuente: Elaboración propia.

Así en un principio, aquello que constituía una mera inquietud personal de una idea temática sobre la que poder investigar, y que como ya se indicó en el capítulo uno por diversas circunstancias y por los elementos señalados en la anterior tabla, se transformó y acabó convergiendo con el interés y línea de investigación que ya estaba siendo desarrollada desde la dirección de las directoras de Tesis sobre un modelo teórico de variables predictoras de la CVL, según puede observarse en el (Anexo-5). Dentro de

dichas posibles variables se encuentra el «autocuidado». Definitivamente ello supuso el punto de partida y arranque de esta investigación. A continuación, la siguiente (**Tabla 4.2**), sintetiza el escenario sobre el que se pretende desarrollar el estudio. En la misma se señalan las causas y circunstancias que intervienen en el problema, y consecuencias.

Tabla 4.2 Contextualización y planteamiento del problema.

EXPRESIÓN		
El desarrollo del «autocuidado» para la CVL, es necesario para contrarrestar los problemas y situaciones emocionalmente estresantes derivadas de la atención sanitaria prestada.		
CARACTERIZACIÓN DE SITUACIONES		
<u>Situación Real no deseada o negativa</u>	<u>Situación Deseada o positiva</u>	<u>Diferencias explícitas o implícitas</u>
Déficit de «autocuidado» profesional y problemas derivados de la atención prestada.	Sensibilizar hacia el «autocuidado» y protección frente a problemas derivados de la atención prestada.	Nº de profesionales afectados/as y/o evidencia del problema. Nº de profesionales no afectados/as, y/o no presencia de problemas.
PROPUESTA		
Es necesario profundizar en el constructo del «autocuidado», y plantear estrategias e intervenciones que permitan mejorar la CVL en profesionales de la salud para evitar la problemática derivada de los procesos asistenciales de atención.		

Fuente: Elaboración propia.

Una vez señalado el planteamiento del problema y el contexto sobre el que vamos a trabajar, seguidamente estamos en disposición para plantear el enunciado del estudio, la pregunta/s de investigación, y el diseño metodológico.

➤ Enunciado del estudio:

La CVL, del profesional de enfermería asistencial, puede verse afectada negativamente a nivel personal, lo cual puede repercutir al mismo tiempo en la atención prestada y en la propia institución. En ese sentido, el «autocuidado» puede intervenir como factor de mejora en dicha situación.

Véase ahora que nuestro enunciado recoge como elementos centrales la CVL del personal de enfermería, la actividad asistencial prestada a las personas que se atiende y el «autocuidado» como factor interviniente entre dos polos opuestos y la distancia que los separa entre una óptima y desfavorable CVL.

4.2. Elaboración de la pregunta base/indagatoria de investigación

Para la elaboración de la pregunta de investigación se han seguido las recomendaciones de Abreu, Parra González, y Molina Arenas (2012), y las indicaciones del siguiente recurso en línea⁷⁸.

El procedimiento para la selección de la estructura adecuada se ha establecido en función del tipo de investigación elegida, en base a los objetos de estudio y/o grupos involucrados. Es necesario por tanto, considerar el «*objeto de estudio conceptual y empírico*», al que hay que añadir las acciones implicadas, y la delimitación geográfica/temporal. En este caso y puesto que se trata de un estudio teórico-empírico:

- Nuestro objeto de estudio conceptual sobre el que vamos a investigar es la CVL y su relación con el «autocuidado».

- Nuestro objeto de estudio empírico lo constituye el sujeto sobre el que recae la acción: El profesional de enfermería asistencial con titulación universitaria (PE).

La delimitación geográfica y temporal queda establecida en primer lugar a los centros sanitarios donde se presta la asistencia y que posteriormente quedarán establecidos de forma más concreta, y temporalmente a un período referido a la experiencia durante los últimos 6 meses aproximadamente, tiempo suficiente para que la persona recuerde su situación y contexto en la que se encontraba antes de la realizar la investigación.

No obstante, podría modificarse en función del desarrollo y muestreo teórico⁷⁹ durante la recogida de información y el análisis de la misma.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo anterior, la formulación y estructura de la pregunta indagatoria de investigación, queda redactada en los siguientes términos:

➤ ¿Cuál es el papel del «autocuidado» en la CVL del PE?

⁷⁸ Disertaciones y tesis: un libro de texto en línea. Consultado durante abril de 2016. Disponible en: <http://dissertation.laerd.com/>

⁷⁹ Recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de "hacer comparaciones", cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002).

4.3. Planteamiento metodológico: Justificación y argumentación de su elección

La realidad social y personal ya conocida previamente a través de la experiencia, ha aportado evidencia al desarrollo y trabajo que actualmente se está estudiando en la temática planteada. Ello es motivo suficiente para realizar la propuesta de trabajo, puesto que la experiencia propia ha servido para valorar todo aquello que es susceptible de mejora, como juez y parte de dicha realidad.

La revisión de la literatura especializada, en este caso ha permitido conocer el alcance, profundidad, y estado sobre el tema investigado. En este caso la evidencia existente permite que siga trabajándose sobre su desarrollo en este campo.

Los enfoques teóricos recogen y han permitido ubicar el estudio en el contexto actual en el que se produce, son adecuados en el momento temporal en que han sido formulados y están siendo desarrollados. Son enfoques sobre los que en cierta medida las instituciones y diferentes organismos a nivel mundial están trabajando y muestran un interés sobre los mismos, dando con ello cabida a trabajar sobre este tema, que de otra forma quedaría fuera de líneas de trabajo e investigación presentes y futuras y por ello requieren de su desarrollo.

Llegados a este punto, nos encontramos con la toma de «decisión crítica» que no puede dejarse al azar o capricho del investigador, en el sentido que ello supone encontrar el camino más adecuado en función de las circunstancias en las que se pretende desarrollar el estudio.

En este caso y como no podía ser de otro modo, las sugerencias, y consejos aportados desde la dirección de la tesis, han guiado y arrojado luz al gran enigma en el que como investigador me encontraba: el interrogante respecto al mapa y trazado del mismo que había que escoger y finalmente cómo utilizar: ¿Por dónde tirar, y cómo?

Junto al buen criterio experto señalado, también se han tenido en cuenta las recogidas en diversos manuales de metodología, y para poder iniciar este camino, voy a recurrir a la siguiente cita:

Las ideas de Crotty (1998) establecieron las bases para este marco. Se indica que al diseñar una propuesta de investigación, tenemos que considerar cuatro cuestiones:

1. ¿Qué epistemología — teoría del conocimiento incorporada en la perspectiva teórica —

informa la investigación (por ejemplo, objetivismo, Subjetivismo, etc.)?

2. ¿Qué perspectiva teórica — postura filosófica— se encuentra detrás de la metodología en las preguntas (por ejemplo, positivismo y postpositivismo, interpretación, teoría crítica, etc.)?

3. ¿Qué metodología — estrategia o plan de acción vincula los métodos con los resultados — gobierna nuestra elección y la utilización de métodos (por ejemplo, investigación experimental, investigación de encuestas, etnografía, etc.)?

4. ¿Qué métodos — técnicas y procedimientos— nos proponemos utilizar (por ejemplo, cuestionario, entrevista, grupo de enfoque, etc.)? [Citado en Creswell, 2003, pp. 3-5].

A partir de estos interrogantes planteados y de forma interrelacionada, van a hacerse evidentes las decisiones del diseño de la investigación, respecto a la/s metodología/s, método/s, técnica/s, instrumento/s de recogida de datos e información y su posterior análisis. En definitiva se trata de un conjunto de toma de decisiones teóricas y prácticas para resolver un puzzle intangible de ideas, que poco a poco debe materializarse en un producto de investigación.

La decisión tomada de inicio recoge un proceso de triangulación de (datos, teórica, metodológica y de investigadores/as). Su intención persigue ampliar la profundidad y perspectiva del estudio, lo que equivale a considerar un sumatorio de estrategias o combinación de las mismas como posteriormente se explica, al indicar que junto con la documentación consultada, la información procedente de la auto-observación y casos descritos en los anexos que forman parte de relatos personales biográficos del investigador, (método de «observación participante»), se añaden el uso de una metodología mixta: cuantitativa y cualitativa de manera secuencial y complementaria, que según se señala a continuación, se produce:

(...) cuando un mismo objeto de estudio es abordado mediante dos vías diferentes (cuantitativa y cualitativa) generándose dos productos distintos sobre dicho objeto. Se produce triangulación cuando las orientaciones cuantitativa y cualitativa se utilizan en el reconocimiento de un mismo e idéntico aspecto de la realidad social implementándose los métodos de forma independiente, pero orientados hacia una puesta en común. Finalmente, se produce combinación cuando subsidiariamente un método, sea el cualitativo o el cuantitativo en el otro, con el objeto de fortalecer la validez de este último compensando sus propias debilidades. (Rodríguez, Pozo, y Gutiérrez, 2006, p. 292).

No es por casualidad pues, que una vez señaladas todas estas consideraciones, y puesto que a partir de aquí se traza el diseño metodológico, se realice el mismo de forma detenida, paso a paso explicando y justificando lo que se considera adecuado al uso

respecto del mismo, y junto con ello de forma detallada para argumentar las decisiones tomadas. Utilizaremos por tanto un diseño mixto en el que de forma complementaria se hará uso para una primera etapa de la metodología cuantitativa y de forma secuencial se incorporará para la siguiente una perspectiva de análisis cualitativo.

Dicho de otra forma, también es llamado «*métodos mixtos de investigación*». El interés de esta forma, es poder descubrir aspectos que podrían quedar ocultos en el caso de que se hubiera utilizado uno u otro de forma separada. En otras palabras un estudio general a través de dos mini-estudios, de tal manera que el sumatorio resultante aporte claridad al tema estudiado o en su caso deje la puerta abierta para seguir profundizando y ampliando en el mismo. Se diseñó un modelo teórico en el que se plantearon las posibles relaciones que podrían establecerse entre una serie de variables predictoras entre las que se encontraba el «autocuidado», con las dimensiones de la CVL (burnout, FC, SC y bienestar psicológico, utilizando diferentes instrumentos de medida para ello. El modelo se explica detalladamente en el apartado 4.7 del diseño.

Por todo ello, el sumatorio de estos aspectos es pertinente a partir del enunciado y la formulación del problema, y permite el planteamiento metodológico general y su posterior diseño.

4.4. Objetivos

— **Objetivo General**

- Explorar el papel del «autocuidado» en la CVL del PE.

— **Objetivos específicos**

a) **Parte cuantitativa:**

- Estimar el papel del «autocuidado» en la CVL del PE.

b) **Parte cualitativa:**

- Conocer las situaciones que afectan a la CVL percibidas por el PE.
- Describir el «autocuidado» del PE que se relaciona con la CVL.
- Determinar los factores que intervienen en el «autocuidado» para la CVL del PE.
- Indicar las formas de intervención personal e institucional en la práctica del «autocuidado» para la CVL en el PE.

4.5. Hipótesis

De lo recogido en el marco teórico, el enunciado de nuestro estudio y guiado por los objetivos, se han formulado las siguientes hipótesis de trabajo⁸⁰.

H1: El «autocuidado» es una variable predictora de la CVL.

H2: El «autocuidado» se relaciona con el resto de variables predictoras del modelo.

4.6. Postura epistemológica adoptada

La postura adoptada en la construcción de conocimiento en este tema, parte de considerar en un principio la naturaleza de la realidad objeto de estudio. En ese sentido dicha realidad puede ser fácilmente identificada, observable, medida de forma objetiva y explicada al mismo tiempo desde el exterior.

Dicha objetividad también se acompaña y está impregnada de subjetividad puesto que concurren al mismo tiempo, tanto el sujeto que investiga como el objeto a investigar y que por analogía se incorporan en un mismo acto, de la misma forma que el enfoque «emic y etic»⁸¹ en las ciencias sociales, se alinean por analogía al posicionamiento adoptado en dos tipos de interpretaciones de una misma realidad social, y que se corresponden con la interpretación por el propio sujeto que vive dicha experiencia y la de la persona observadora de dicha realidad respectivamente. Dicha subjetividad, se interpreta, se construye y es definida por el sujeto en base a su experiencia.

Por lo tanto, la objetividad como la subjetividad, van unidas y no pueden desligarse desde una visión integral en la que se conjugan a la hora de entender la realidad.

El contenido «emic», como indica González Echavarría [citado en Schaffhauser, 2010], presenta la perspectiva interna, la interpretación del significado con sus reglas, categorías y el conocimiento sociocultural que rige, y es común para un grupo o colectivo de personas.

⁸⁰ Las variables que se presentan ya han sido recogidas dentro del marco teórico y conceptual.

⁸¹ La distinción entre los términos «emic, y etic» se utiliza como dos formas o momentos diferentes para describir realidades sociales o culturales. Se entiende generalmente «emic» como el punto de vista del nativo o descripción desde el interior de la propia realidad y «etic» como el punto de vista del extranjero o descripción desde el exterior a la realidad investigada.

El contenido «etic», presenta la descripción desde el punto de vista externo, poniendo el énfasis en la interpretación del que observa por encima del que actúa, recogiendo información con una perspectiva descriptiva de conceptos y categorías para hacer comparaciones entre ambos puntos de vista.

Esta es pues la posición teórica adoptada en la investigación. La postura epistemológica para la construcción de conocimiento sobre el tema, está pues en función de la manera de entender la realidad investigada, y del rol adoptado por el investigador.

4.6.1. Heurística de la investigación

El establecimiento de la estructura de búsqueda, posicionamiento en el terreno, o también denominada la «heurística»⁸² de la investigación, tiene como finalidad, elaborar medios, principios, reglas, y estrategias que nos guíen en el descubrimiento. Derivado de la naturaleza de la realidad del objeto de estudio, la pregunta de investigación y los objetivos planteados, se establece y traza el diseño de nuestra investigación para poder acceder al dato/información que se busca. Sirve como hoja de ruta flexible y ayuda para lograr encontrar el enfoque en el desarrollo del estudio, dentro del nivel epistemológico y metodológico. Siendo la iniciación de la investigación en este estudio dirigida en inicio desde la óptica del positivismo científico⁸³, los fenómenos a investigar, requieren ser expresados y estimados de forma precisa en un lenguaje matemático (números), haciendo uso del método estadístico, teniendo en cuenta su distribución y márgenes de error establecidos.

No obstante en el contexto señalado se requiere una apertura metodológica complementaria como ya se ha indicado, que incorpore la perspectiva de la investigación con un enfoque cualitativo de nivel suficiente para permitir un entendimiento más

⁸² La RAE recoge para dicho término diferentes acepciones: 1. adj. Perteneciente o relativo a la heurística. 2. f. Técnica de la indagación y del descubrimiento. 3. f. Búsqueda o investigación de documentos o fuentes históricas. 4. f. En algunas ciencias, manera de buscar la solución de un problema mediante métodos no rigurosos, como por tanteo, reglas empíricas, etc. <http://dle.rae.es/?id=KHdGTfC>

⁸³ La corriente del positivismo plantea como válidos y la única clase de conocimientos, aquellos de carácter científico. Usado propiamente en las ciencias físico-naturales, con la utilización de metodología cuantitativa por aplicación del método científico. Con ello la realidad de estudio es matematizable. La medición en ciencias sociales plantea el estudio matemático de la realidad social.”(...), en este sentido, la estadística aporta a las ciencias sociales un sello de objetividad”. (Ander-Egg, 1990, p. 110).

completo.

Bajo esta reflexión, según indican Morse y Field (1996), algunos autores: “(...) barajan diversas palabras relacionadas con la investigación sin hacer una distinción clara entre lo que consideran investigación cuantitativa e investigación cualitativa”. [Citado en Piqué Angordans, Camaño y Piqué Noguera, p. 51, 2011].

En este caso y desde el paradigma constructivista, mediante la combinación del método fenomenológico-hermenéutico/interpretativo⁸⁴ que posteriormente se explicará. Ello nos permitirá recoger la realidad subjetiva en la que personalmente existe una implicación como observador, y la realidad observada. En este caso contribuye a situar la cuantificación, en el contexto y realidad del objeto y/o sujeto de estudio, en el que las expresiones tienen un significado, y quieren decir diferentes cosas en función de cómo se dicen, quién las dice y referidas al contexto en el que se manifiestan, a través de los textos abiertos (palabras) que son producidos, recogidos y posteriormente analizados, e interpretados.

El motivo de tal afirmación lo encontramos por el hecho de que las acciones de la profesión implican a personas que se dedican al cuidado diario de otras personas, y en las que la realidad del día a día obliga a la comprensión, indagando en la subjetividad, esencia, significados de realidades y experiencias vividas, para desvelar todo aquello que incorpora la objetividad de los datos obtenidos. La integración dialéctica sujeto-objeto es en este caso el principio articulador del andamiaje epistemológico de la investigación.

Los métodos que se derivan de ambas metodologías y los instrumentos para realizar el estudio se vinculan a dicha postura epistemológica y se desarrollan con detalle a lo largo de este capítulo cuarto de metodología, dentro del apartado de planteamiento y diseño.

En estos apartados se justifican sus usos respectivamente para poder responder al interés, objetivo y las preguntas planteadas del estudio, en el que el número y la palabra

⁸⁴ El modelo hermenéutico-interpretativo parte de un concepto diferente de ciencia y defiende otra forma de entender el conocimiento, apoyándose en los supuestos de la teoría interpretativa. El surgimiento de esta perspectiva es contemporánea en el tiempo al positivismo, no obstante, se desarrolla ampliamente entre los años sesenta y ochenta, en que desde los países anglosajones se comienzan a formular fuertes críticas al positivismo. (Álvarez, 2012, p. 5).

establecen su relación sobre una realidad susceptible de ser investigada, como se recoge en la siguiente cita.

De esta forma una metodología-técnica produciría-analizaría «datos» que, en mi artículo, más centrado en las Encuestas Estadísticas, prefiero denominar «distribuciones de frecuencias». Otra metodología-técnica produciría-analizaría «discursos» que, en nuestro caso, más centrado en los grupos de discusión y entrevistas, prefiero denominar «textos». Y en base a esta especificidad de una y otra herramienta metodológico-técnica, se plantea la necesaria complementariedad de ambas, basada en el respeto más absoluto a lo específico de las mismas. (Conde, 1990, pp. 93-94).

Para la metodología de corte positivista (cuantitativa), se hará uso del método estadístico con sus diferentes procedimientos y cálculos de la lógica matemática. Para la metodología que persigue la comprensión de la realidad (cualitativa) se hará uso del método fenomenológico-hermenéutico, que deriva respectivamente de la fenomenología⁸⁵ y la hermenéutica⁸⁶.

Desde la complementariedad de ambas posturas, los datos no son considerados meramente numéricos o estadísticos derivados de respuestas a una batería secuencial de ítems de un cuestionario, ni tampoco respuestas expresadas a preguntas con mayor o menor grado de apertura interrogativa. Tampoco se plantea como dos polos opuestos. Sí en cambio, el dato se entiende y refiere a cualquier tipo de aspecto manifestado de forma empírica, en la que el que investiga puede manipular y operar sobre el mismo para dar cuenta de aquello que acontece en la realidad que estudia. Desde esta concepción del proceso de investigación, se plantea una ruptura de la visión tradicional entre posturas antagónicas, la metodología cuantitativa y cualitativa, y se entiende el proceso de investigación como una línea continua, flexible, complementaria que no solo pretende explorar y describir, sino también dar significado al comprender los hechos, cosa que en este caso es pertinente al tratar realidades y experiencias en las personas, y en nuestro

⁸⁵ La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martín Heidegger (1927), como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser (entes) o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. (León, 2009, pp. 272-273).

⁸⁶ (...) el sentido de lo hermenéutico remite al término griego hermeneuein, conectándolo con el dios Hermes, mensajero divino, de manera que resulta la siguiente caracterización: “Hermeneuein es aquel hacer presente que lleva al conocimiento en la medida que es capaz de prestar oído a un mensaje”. Ibid., p. 281.

caso la actividad asistencial del personal que trabaja en los centros sanitarios con atención directa a pacientes. Por dicho motivo es adecuado y pertinente el uso de ambas metodologías y métodos, y se plantea por ello un diseño emergente y flexible que permite introducir modificaciones a lo largo del proceso de recogida de datos conforme avance el estudio. Todo ello requería por una parte, establecer la medición del objeto de estudio conceptual del «autocuidado» como variable predictora para explicar la CVL, a través del uso del método estadístico con sus diferentes procedimientos, y al mismo tiempo se veía necesario recoger las experiencias profesionales y significados que puedan vincularse al «autocuidado» y la CVL, a través del método fenomenológico-hermenéutico.

4.7. El diseño

El posicionamiento y acceso epistemológico asumido, por ello consiste en utilizar por un lado, el paradigma y una metodología de corte *positivista* cuantitativa, a través de la experiencia investigadora y conocimiento construido sobre el tema (nivel epistemológico) por parte de la dirección de la tesis y línea de investigación que está siendo desarrollada, y dada la separación entre el sujeto observador-objeto observado, para poder medir el papel que juegan las variables del modelo teórico y las dimensiones del constructo teórico de «autocuidado» en la CVL.

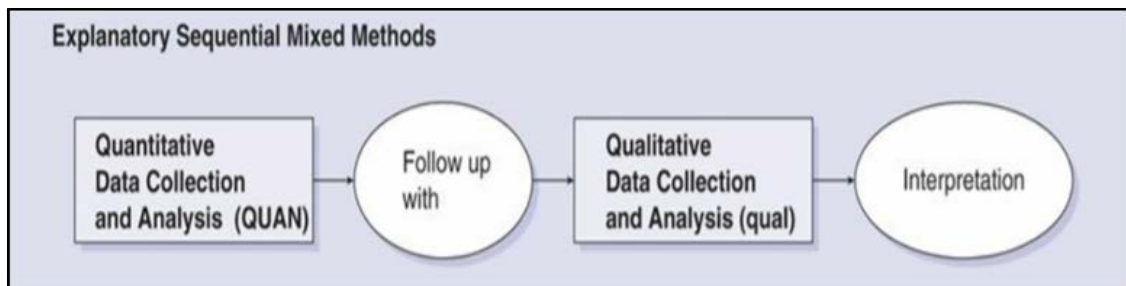
Al mismo tiempo como se ha señalado, la búsqueda de la comprensión del fenómeno de estudio se plantea alineada a estos aspectos para responder a los mismos. Por lo tanto es imprescindible la complementariedad a partir de un posicionamiento epistemológico mediante el método *fenomenológico y hermenéutico-interpretativo* desde una metodología cualitativa para conocer el discurso, y detectar posibles conexiones. Como bien queda recogido:

En el caso de las ciencias sociales, según Bonilla y Rodríguez (1995): “Los métodos de conocimiento pueden ser cualitativos y cuantitativos [...] no son recursos excluyentes [...] la realidad social no se agota con la cuantificación y un número significativo de fenómenos sociales sólo pueden cualificarse y otros no pueden cuantificarse a menos que previamente se hayan cualificado” (p. 39). [Citado en Pinilla Roa y Páramo Bernal, 2011, p. 290].

Podemos señalar pues en palabras de Gobo (2005): “los métodos cualitativos se caracterizan por su ostensible capacidad para describir, comprender y explicar los fenómenos sociales”. [Citado en Vasilachis de Gialdino, 2009, p. 28].

Con ambas posturas se entiende en cierta medida un acercamiento al hibridaje metodológico para su diseño, no mediante la mezcla de paradigmas, pero sí más bien, una vez asumido uno, y tras el análisis de resultados, poder incorporar el otro. Se plantea con ello un acceso epistemológico complementario y secuencial. Con este diseño secuencial de carácter sumatorio, su intención por tanto es explicar los resultados cuantitativos obtenidos con los que se obtengan de la parte cualitativa. Los primeros sirven de guía para la selección de los segundos y los segundos contribuyen a interpretar los hallazgos de los primeros. Los resultados obtenidos desde los diversos planteamientos servirán para una mejor comprensión de la realidad del «autocuidado» y la CVL. A través de la siguiente (**Figura 4.1**), se puede ver la secuencia del diseño.

Figura 4.1 Tipo de diseño básico de método mixto.



Fuente: (Creswell, 2013, p. 270).

A partir de este tipo de diseño, la problemática señalada sobre la CVL y cómo repercute la situación junto con los mecanismos de «autocuidado» personal, forman parte de los interrogantes de dicha experiencia y/o fenómeno en este estudio. Son preguntas que nos planteamos para contextualizar el problema desde la perspectiva cualitativa. Es por lo que nos interesa, tenemos que evidenciar y tratar de responder a una serie de cuestiones: En definitiva cómo y en qué condiciones se produce dicha vivencia.

- ¿Qué sucede cuando aparece una situación estresante en la persona?
- ¿Qué ha supuesto, cómo ha cambiado, cómo se interpreta, se afronta y acompaña esta situación?
- ¿Existen aspectos positivos o todo ello es negativo?
- ¿Cuál es el efecto e impacto?
- ¿Qué consecuencias se producen en la atención?
- ¿Qué aspectos se ven modificados?
- ¿Cómo gestiona y qué mecanismos utiliza la persona en dicha situación?

4.7.1. Diseño y procedimiento de la primera fase del estudio: Cuantitativo

Se trata de un estudio transversal descriptivo⁸⁷ realizado sobre una población de diferentes profesionales de ciencias de la salud y que desempeñan su trabajo en el ámbito de los cuidados paliativos. Para el reclutamiento de la muestra se contactó con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que fue quien invitó a participar a la población de estudio.

La recogida de información se realizó mediante una encuesta auto-administrada anónima y que sería contestada de manera on-line. Previamente se realizó una prueba piloto para ver su funcionamiento.

Se establecieron distintos criterios de inclusión para poder participar en el estudio:
- Personal de enfermería titulado ubicado en el ámbito de los cuidados paliativos con una experiencia mínima de 12 meses.

Del total de participantes que contestaron el cuestionario, 123 personas eran personal de enfermería titulado, lo cual configura nuestra muestra de estudio. Como puede observarse en la siguiente (**tabla 4.3**), la mayoría de la muestra estaba constituida por mujeres N= 108, y hombres N= 15. Ello responde a una realidad concreta, dado que el sector servicios y concretamente en sanidad se encuentra feminizado.

Los valores respecto a la media de edad de 46.91, y años de experiencia laboral de 23.97, nos indican que se trata de profesionales que una vez finalizada la titulación, a continuación entraron en el mundo laboral, puesto que la carrera universitaria de enfermería antiguamente como diplomatura solía acabarse alrededor de 21 años.

También se observa el valor medio respecto a la experiencia en cuidados paliativos, que se sitúa en 9.75 años. Por lo tanto, la caracterización de la muestra se resume en:

— Se trata mayoritariamente de mujeres que una vez acabada la carrera se

⁸⁷ Esta primera fase del estudio corresponde a la línea de investigación llevada desde el equipo de investigación del que forman parte la dirección de la tesis: [artículos en revistas científicas de primer nivel y los estudios realizados de tesis doctoral de la Dra Laura Galiana Ilinares “Desenvolupament, Estudi i Ús d’Instruments de Mesura en Cures Pal·liatives: Aportacions teòric-pràctiques en malalts i professionals (2015)”, junto con el estudio elaborado para la realización de la tesis doctoral por la Dra. N, Sansó “Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos (2014)”. Es aquí desde donde arranca esta tesis. Ello supone dar continuidad y enriquecer la línea de investigación desarrollada.

incorporaron al mundo laboral, que no han dejado de trabajar y casi la mitad de este tiempo, su trabajo asistencial se ha dedicado a la atención de pacientes (y acompañamiento familiar) en situación de gravedad extrema y terminal.

Tabla 4.3 Características de las personas participantes en el estudio.

		M	DT
Edad		46.91	8.91
Años de experiencia en salud		23.97	9.30
Años de experiencia en cuidados paliativos		9.75	6.27
		N	%
Sexo	Hombres	15	12.2
	Mujeres	108	87.8
TOTAL		123	100

Fuente: Elaboración propia.

4.7.1.1. Instrumentos de medida utilizados

La encuesta recogía por una parte los datos socio-demográficos y una pregunta sobre realización de formación específica para mejorar el afrontamiento ante el sufrimiento y la muerte, además incluía los siguientes instrumentos de medida:

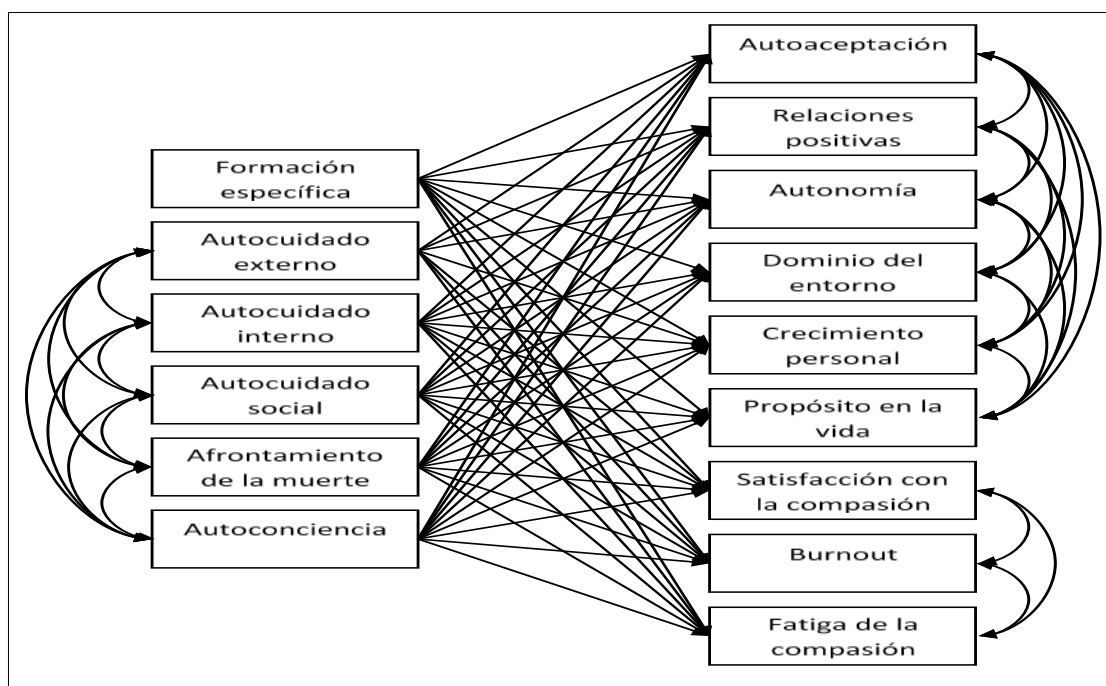
- a) El instrumento utilizado para medir el autocuidado es la Escala de Autocuidado para Profesionales (PSCS). Evalúa el auto-cuidado de profesionales en tres áreas: la auto-cuidado físico, el auto-cuidado personal interno, y el auto-cuidado social (Galiana et al., 2015). Consta de 9 ítems en escala tipo Likert de 5 puntos que oscilan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), y que se divide en tres subescalas: Ejemplos de estas preguntas son “Hago ejercicio regularmente” (autocuidado físico), “Mi autocuidado incluye involucrarse en la práctica espiritual a través de la meditación, la oración, u otra práctica consciente...” (autocuidado interno), o “Yo creo que mis relaciones familiares son satisfactorias” (autocuidado social). Originalmente se desarrolló y validó en el colectivo de profesionales de atención socio-sanitaria, aportando buenas evidencias de su validez (Sansó et al., 2015).
- b) Escala de Atención consciente (Brown, Ryan y Creswell, 2007; Cebolla, Luciano, Piva, Navarro-Gil, y Campayo, 2013). Esta escala mide la tendencia general a estar atento y consciente a las propias experiencias de la vida diaria. Cuenta con 15 ítems que se miden mediante una escala Likert de 6 puntos, desde 1 ("casi

- siempre") a 6 ("casi nunca"). Algunos ejemplos son: "Yo podría experimentar una emoción y no ser consciente de ello hasta más tarde" o "me resulta difícil mantener la concentración en lo que está sucediendo en el presente". La consistencia interna (α de Cronbach) era de 0.90.
- c) Escala de Afrontamiento ante la muerte (Bugen, 1977, 1980-81; Galiana, Oliver, Sansó, Pades y Benito, en prensa). Trata de evaluar la competencia de afrontamiento ante la muerte. Incluye ítems que examinan la presencia de una serie de destrezas y capacidades para afrontar la muerte, y las creencias y actitudes sobre la existencia de las mismas. Cuenta con 30 ítems, que puntúan en escala tipo Likert de 7 anclajes, desde 1 (Totalmente en desacuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo), 3 de los cuales son ítems invertidos. Ejemplos de ítems son: "Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir" o "Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral". La puntuación total en afrontamiento ante la muerte se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los 30 ítems. El α de Cronbach fue de 0.89.
- d) Escala de calidad de vida profesional (Galiana, Arena, Oliver, Sansó y Benito, 2017; Stamm, 2005), formada por tres subescalas (Fatiga de compasión, riesgo de síndrome de burnout y satisfacción de compasión). Esta escala mide el riesgo de sufrir fatiga de compasión y riesgo de padecer el síndrome de burnout, como consecuencias negativas de las profesiones de ayuda, y el nivel de satisfacción de compasión que experimenta el sujeto evaluado. Estas tres dimensiones se evalúan mediante 10 ítems cada una, que puntúan en una escala con anclajes tipo Likert de 6 puntos que van desde 0 (Nunca) a 5 (Siempre). Para la subescala de Satisfacción de compasión, el α de Cronbach fue de 0.77, para la Fatiga de compasión 0.78 y para el riesgo de burnout 0.54.
- e) Escala de Ryff de Bienestar psicológico (Ryff, 1989). La versión utilizada para el estudio fue la adaptación española (Díaz et al., 2006), que evalúa 29 ítems que forman parte de 6 dimensiones del bienestar interdependientes. La medición se realiza mediante escala Likert de 6 puntos, desde 1 ("totalmente en desacuerdo") a 6 ("totalmente de acuerdo"). Las fiabilidades fueron 0.83 para *auto-aceptación*, 0.84 para *relaciones positivas*, 0.69 para *autonomía*, 0.76 para *dominio del entorno*, 0.82 para *crecimiento personal* y 0.88 para *propósito en la vida*.

4.7.1.2. Análisis de datos y configuración del modelo

Se planteó y estimó un modelo de ecuaciones estructurales en el que se plasmaron las relaciones entre la calidad de vida de los y las profesionales, su bienestar y los respectivos predictores. El modelo de estudio propuesto que fue sometido a prueba, planteaba un papel explicativo de la formación específica en espiritualidad, autocuidado externo (físico), autocuidado interno (psicológico), autocuidado social, afrontamiento de la muerte y autoconciencia sobre las dimensiones de la CVL (satisfacción con la compasión, fatiga de la compasión y burnout) y las del bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal). Todas las variables se especificaron como observables. (Ver **Figura 4.2**).

Figura 4.2 Modelo de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

La adecuación o plausibilidad del modelo se evaluó mediante diversos criterios, tal y como recomienda la literatura (Hu y Bentler, 1995; Tanaka, 1993). En primer lugar, calculando el estadístico chi-cuadrado (χ^2), el índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales (Wang y Wang, 2012). Se espera que este estadístico resulte estadísticamente no significativo, de forma que no existirían diferencias estadísticamente significativas entre la matriz de los datos y la del modelo (Kline, 2011).

Adicionalmente, se emplearon el Comparative Fit Index (CFI) y el Goodness of Fit Index (GFI). Ambos pueden tener valores entre 0 y 1.00, correspondiendo al peor y al mejor ajuste posible, siendo indicativos de un buen ajuste cuando tienen valores superiores a .90 e, idealmente, superiores a .95 (Hu y Bentler, 1998, 1999).

Por otra parte, y como índices de cantidad de error, se usó el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), en los que valores de .00 se interpretan como un ajuste perfecto y los valores de .05 o menores como un adecuado, y el Standardized Root Mean-Square Residual (SRMR), en los que valores de .08 o menores se interpretan como ajuste adecuado (Browne y Cudeck, 1993; MacCallum, Browne y Sugawara, 1996).

4.7.1.3. Preguntas de base cuantitativa

Descriptivas:

¿Cuál es la variable más importante que explica la CVL?

¿Hasta qué punto el «autocuidado» es una variable predictora de la CVL del PE?

Comparativas:

¿Qué variables predictoras tienen mayor relevancia en la CVL?

4.7.2. Diseño y procedimiento de la segunda fase del estudio: Cualitativo

Como se ha explicado en el apartado 4.6, el elegir la estrategia de triangulación con un enfoque mixto a nivel metodológico, multi-método, y de combinación de técnicas, se plantea con la intención de proporcionar un mayor grado de consistencia, que permita un mayor rigor, profundidad y alcance dentro del análisis sobre el tema que se estudia.

Tal como indica López Aranguren (2000): “Es mas, el número de autores que rechazan la dicotomía «análisis cuantitativo-análisis cualitativo» en cuanto métodos opuestos crece sin cesar; la medición cuantitativa y la medición cualitativa son ahora consideradas métodos complementarios uno del otro”. [Citado en García Ferrando, Ibáñez y Alvira, p. 566].

Respecto a este enfoque cualitativo señalado, se requiere seguir una serie de recomendaciones y pasos que serán tenidos en cuenta a lo largo de este estudio y en parte algunos ya han sido comentados y explicados previamente, el resto se desarrollarán a

a medida que se haga acopio de la información y el análisis de los datos. Ver la siguiente (Figura 4.3).

Figura 4.3 Lista de cuestiones para el diseño de un procedimiento cualitativo.

- ¿Se mencionan las características o supuestos básicos de los estudios cualitativos?
- ¿Obtiene el lector un entendimiento de las diferencias entre las aproximaciones cualitativas y cuantitativas?
- ¿Se menciona el tipo específico de diseño cualitativo a ser usado en el estudio? ¿Se mencionan suficientes antecedentes acerca de este diseño de tal forma que el lector entienda la disciplina de origen del diseño, la definición del diseño y cualquier característica especial del diseño?
- ¿Logra entender el lector las experiencias del investigador que configuran sus valores y sesgos que provienen de la investigación?
- ¿Se brinda una descripción acerca de los pasos tomados a fin de lograr entrar y aprobar la recolección de datos en el sitio de investigación?
- ¿Se mencionan y discuten los procedimientos de recolección de datos? ¿Se mencionan las razones para usar los procedimientos de recolección de datos?
- ¿Se mencionan los procedimientos para registrar la información durante el procedimiento de recolección de datos?
- ¿Se mencionan los pasos del análisis de datos de la codificación de la información?
- ¿Se mencionan los pasos utilizados en el análisis de la información a partir del uso de procedimientos de análisis de datos propuestos en diseños específicos (ej. aproximaciones etnográficas, teoría fundamentada, estudios de caso, fenomenología)
- ¿Se mencionan los pasos tomados para la verificación de la información (validez y confiabilidad)? ¿Se entienden claramente las limitaciones de los diseños cualitativos en términos de la generalización y replicabilidad de los hallazgos?
- ¿Se menciona algún resultado específico del estudio (ej. un estudio de caso, una teoría fundamentada)? ¿Se discute este hallazgo a la luz de la existencia de la teoría y la bibliografía sobre el tema?

Fuente: (Creswell, 1994, p. 143).

Estas consideraciones metodológicas son necesarias y apropiadas para explorar la riqueza, la diversidad de la experiencia humana, y para poder potenciar la expansión y desarrollo de esta incipiente área de conocimiento, como ya se ha explicado a partir del marco teórico del estudio.

Por otro lado, puesto que no podemos tener control de todos los factores que pudieran estar interviniendo, sobre cómo se origina, cómo afectan y otros muchos más, en los procesos de «autocuidado», y la CVL, tenemos pues que recurrir a la aplicación

del principio *Ceteris Paribus*⁸⁸ recogido para estos casos en el desarrollo de un estudio. Consiste pues en, estudiar sobre un aspecto manteniendo el resto constante a pesar de su posible interacción. Principio que por otro lado es asumido de forma generalizada dentro de la comunidad científica cuando no podemos controlar todo lo que puede afectar e intervenir en el objeto de estudio.

4.7.2.1. Preguntas de base cualitativa

Para poder responder al enunciado y objetivos planteados, se pretende obtener la información a través de las personas cuya realidad recoge la problemática del estudio. Para ello, y de primera mano mediante testimonios directos para documentar y recoger la experiencia en profundidad y entender un fenómeno desde la perspectiva de la persona investigada. Desde este planteamiento, la técnica de la entrevista y el rol del investigador, se presentan como una forma adecuada de recogida de información.

La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad (Grawitz, 1984: 188; Aktouf, 1992:91; Mayer y Ouellet, 1991: 308). (...) el investigador es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no solo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas (Taylor y Bogdan, 1996:101). [Citado en Estrada y Deslauriers, 2011, p. 3].

Las preguntas que se plantean, pretenden explorar, descubrir, describir o dar significado a la realidad y experiencia de las personas sobre las que se estudia. Se trata de preguntas abiertas, pero focalizadas sobre la especificidad y con referencia a los aspectos concretos de la CVL y el «autocuidado». Su interés se dirige a la obtención de conocimiento contextualizado y profundo acerca de dicha realidad. Para ello el discurso narrativo y las interpretaciones posteriores, constituyen los observables que develarán el significado de la información del dato cualitativo.

Por lo tanto, las preguntas de base cualitativa generalmente describen, en lugar de relacionar a las variables o comparar grupos, y suelen tomar la forma de preguntas generales indagatorias que tienden a abordar el "qué" y "cómo" sobre el tema o problema

⁸⁸ Lo habitual es traducir “Ceteris” por “todas las demás cosas”, y “Paribus” en clave de mantenerse constante. (Mäkil, 2003, pp. 9-15).

de estudio, para evaluar en nuestro caso la CVL y el «autocuidado» del personal de enfermería. Para ello se plantea previamente una pregunta directriz/reflexiva por parte del investigador, que no necesita ser respondida.

¿Cómo entienden la relación entre la CVL y el «autocuidado» el PE?

Su propósito es dirigir el foco de atención para sacar a la luz las preguntas específicas que conformarán el guion de la entrevista. Dicha reflexión permite establecer la formulación de las preguntas de manera más concreta. Al mismo tiempo han sido planteadas de manera abierta y semi-estructurada, sin introducir aspectos valorativos (favorable/desfavorable, bueno/malo, positivo/negativo, verdadero/falso). De esta manera pretendemos obtener respuestas más amplias que de otra forma podrían ser respondidas con un simple cuestionario y valoradas numéricamente, lo que puede dificultar la comprensión de los datos en bruto.

Al mismo tiempo el recurso utilizado ha sido pedir explicaciones y argumentos que justifiquen la respuesta. Por otro lado también con este tipo de preguntas abiertas, se ha intentado evitar una respuesta emitida en función de la pregunta, y el fenómeno de “deseabilidad social” en la persona entrevistada. En otras palabras: contestar de manera que la respuesta sea políticamente correcta, aunque realmente se desee contestar lo contrario. Ello supone por nuestra parte, minimizar la influencia de la persona que investiga sobre la persona investigada respecto a la contaminación que se produce al plantear una pregunta, la cual suele ser tendenciosa a un tipo de respuesta concreta. En este caso, esta ha sido la estrategia utilizada, haciendo para ello la persona entrevistada, uso de la argumentación sobre lo expresado.

Uno de los pasos previos para la elaboración de las preguntas y la utilización de la guía de la entrevista, ha sido establecer la **validez de contenido o racional** de la misma. Este primer paso significa seguir el criterio de pertenencia, en el que se cubran los contenidos a evaluar de forma suficiente para optimizar el guion de las preguntas. Ello se ha asegurado abordando los aspectos que deben ser considerados para poder evaluar el objeto sobre el que se va a investigar. Es decir, los interrogantes planteados deben de ser pertinentes al tema de estudio. El conocimiento del mismo por parte del investigador y la literatura usada, ha sido una de las estrategias y la forma de garantizar que ello se cumple. No obstante, se ha añadido también la **validez de experto** o también llamado criterio de «juicio de expertos» (personas con conocimientos sobre el tema). Este segundo paso sirve

también para asegurar que se cubren todas las dimensiones sobre el objeto de estudio conceptual. Para ello se presentó el guion a una compañera profesora de la Facultad de Enfermería y Podología, que de forma histórica ha impartido contenidos teóricos sobre autocuidados, y modelos teóricos de enfermería (Florence Nightingale, D. Orem, Hildegard Peplau,...), y posteriormente, el último filtrado se realizó por parte de las responsables de la dirección de la tesis para establecer el consenso y el guion definitivo.

Tan solo hubo que reorganizar y modificar parcialmente algunas de las preguntas y reducir su número, puesto que aunque la información que podría ser obtenida resultaba interesante, ampliaba más allá los aspectos necesarios según los objetivos del estudio, pudiendo dispersar el enfoque del mismo. El guion de la entrevista con sus preguntas, se configuró siguiendo estos criterios. Ver (**Anexo-6**).

Según la tipología, se ha planteado el uso de preguntas:

- **Descriptivas**, de información general y específica del objeto de estudio.
- **Estructurales**, que permiten ordenar, relacionar y clasificar.
- **Contraste**, que permitan establecer diferencias.
- **Hipotéticas**, para explorar posibilidades o supuestos no presentes.
- **Ejemplo/Evidencia**, que reflejan los aspectos buscados.

Según el tipo de exploración, se ha planteado el uso de preguntas:

Basadas en las experiencias y comportamientos. Permiten descubrir lo que las personas investigadas han hecho o están haciendo. Recogen aspectos biográficos, sus acciones y vivencias de una realidad personal.

Sobre opiniones y valores. Nos sirven para conocer, las valoraciones, creencias y criterios de sus afirmaciones.

Relacionadas con sentimientos. Revelan los estados emocionales de las situaciones descritas y opiniones expresadas.

De conocimientos. Evidencian lo que se sabe y conoce de ciertas realidades.

Finalmente y una vez realizado el planteamiento y la elaboración del diseño del estudio, se procedió a valorar su estructura lógica y consistencia en la secuencia de etapas seguidas. Se revisaron los pasos y decisiones metodológicas tomadas para ello. En este

caso se ha buscado la coherencia del planteamiento (primeras ideas e interrogantes sobre el tema, su contextualización, la problematización, la estrategia a emplear, la pregunta indagatoria, los objetivos, y el acceso a la información).

La secuencia de todo el proceso y la relación consecuyente de todos estos elementos entre sí y con el todo, nos indicó de forma lógica las posibles desviaciones del estudio. En este caso tras el debate entre el investigador y las directoras de la tesis, se concluyó que la convergencia del diseño cuantitativo para el estudio de la CVL a partir del modelo teórico de variables predictoras, y secuencialmente el cualitativo respondían al conocimiento más detallado y profundo del papel del «autocuidado» en la CVL.

4.7.3. El muestreo: Selección de casos y contextos

Un problema constante en la investigación para lograr el acceso al entorno y recoger la información o datos en el levantamiento de campo, consiste en asegurarse la autorización de las personas informantes o el permiso de entrada al terreno o situación buscada. Pero, ¿Quiénes son las personas idóneas para proporcionar información? Depende de las preguntas de investigación y de qué manera se ha planteado el problema.

La siguiente cita puede ayudar, y ha sido tomada en cuenta para orientar este proceso de selección.

La muestra se centra en aquellos individuos que han experimentado la situación, evento o fenómeno a estudio. Existen diferentes tipos de muestreo, destaca el «muestreo por propósito o conveniencia», se acude a lugares, contextos o personas donde se prevé que se puede acceder a la información sobre el fenómeno de estudio. Para la selección de los informantes se deben tener en cuenta las siguientes preguntas, descritas por Valles y Mayan: ¿quiénes tienen la información relevante?, ¿quiénes son más accesibles física y socialmente?, ¿en qué contextos será capaz de reunir la mayor y mejor información acerca de mi tema de interés?, ¿quiénes están más dispuestos a informar? y ¿quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión? [Citado en Palacios y Corral, 2010, p. 70].

Paso a continuación a detallar los aspectos y criterios que han sido utilizados para seleccionar a las personas informantes (*observables empíricos*).

Por lo que concierne, en este estudio se han tenido en cuenta la selección de casos y contextos que de alguna manera se consideran representativos y pertinentes a nuestra investigación, teniendo en cuenta lo recogido en la literatura. Se trata pues de un muestreo

teóricamente conducido, y en ese sentido la decisión muestral ha sido fruto de diferentes criterios, para intentar lograr la descripción más completa posible del fenómeno. Entre ellos básicamente el de homogeneidad, heterogeneidad, representatividad, relevancia y accesibilidad de los sujetos de la muestra, los recursos disponibles para el estudio, y la saturación y/o acúmulo de información suficiente para la obtención de los datos. Con ello y para efectos de la realización de la entrevista, se ha recurrido al muestreo no probabilístico. Junto a ello se ha utilizado una combinación de muestreo por (conveniencia/intencional/de juicio/selectivo⁸⁹), o dicho de otra forma, según criterio del investigador, junto con el muestreo por bola de nieve (personas relacionadas y conocidas unas con otras, que cumplen el criterio de similitud).

Dadas las limitaciones respecto al tiempo y recursos (como suele suceder al investigar), se ha recurrido al criterio de proximidad, a partir de los casos fácilmente accesibles. En este sentido, el boca a boca a través de la comunicación verbal, fue una estrategia para establecer los contactos y la recogida de información.

Siguiendo las indicaciones de Martínez (2012), se ha establecido para ello, la búsqueda de casos típicos para proporcionar información de aquellos más representativos según se recoge en la literatura y adecuado al enunciado del estudio señalado anteriormente. Cada unidad muestral, ha sido de forma intencionada y cuidadosamente seleccionada por dicho motivo. Su condición de idoneidad o en su caso contrario de eliminación, se presentó a las directoras de tesis, y una vez analizados los criterios que resultaban pertinentes, se elaboró la tipología muestral de posibles casos y personas para realizar el estudio.

Su propósito no es otro que el de reproducir lo más fielmente los *observables empíricos*, en función de sus características y circunstancias conocidas, y que en este caso persiguen la selección de aquellos contextos que son relevantes y pertinentes al problema investigado.

Se buscó también la posibilidad de que la muestra fuera paritaria, es decir que a ser posible el número de mujeres y hombres fuera lo más igualitario posible, pero dicha condición quedaba sometida al criterio de saturación de la información y su

⁸⁹ Este criterio de selección, adopta diferentes nombres según diferentes autores y autoras que lo definen.

accesibilidad⁹⁰.

Por otro lado el establecimiento del límite de selección, no estaba preestablecido y no ha sido en este caso tan relevante respecto si se trata de una muestra grande o pequeña, dado que el uso de la metodología cualitativa, no pretende la generalización o extrapolación de los resultados y conclusiones obtenidas de la muestra a la población (validez externa), y con ello no se persigue la representación estadística.

No obstante, ha ido evolucionando a medida fue comenzando el estudio con la intención de llegar al punto de saturación de la información y el punto de saturación del análisis. Por un lado al agotar el análisis o la interpretación de todo lo que tenemos si resulta repetida aunque no se haya realizado el análisis de toda la información, o cuando la cantidad de información puede ser suficiente. En ese momento es en el que a partir del cual con cada entrevista u observación, la nueva información obtenida resulta redundante y se detiene el levantamiento de campo para pasar a la síntesis.

Por otro lado sí que se ha buscado el acceso de, al menos un sujeto de los colectivos representativos, con la posibilidad de ampliar y explorar otras situaciones relevantes si ello fuera posible, o en su caso hasta disponer de un volumen de información considerada como importante y necesaria, para obtener una base cómoda de conocimiento que permita trabajar sobre ello y dar respuesta a los objetivos del estudio. En este sentido comparten un criterio de homogeneidad (pertenecientes a un mismo colectivo, y problema abordado), y al mismo tiempo, cierto grado de heterogeneidad que nos permite una riqueza de significados posiblemente algo distintos según el contexto de la persona y la especificidad del trabajo.

Así pues y puesto que el tiempo de permanencia en el servicio es un factor que influye en cierta medida según se recoge en la literatura consultada y en parte es conocido por la propia experiencia, se estableció como criterio la permanencia en la unidad entre 5 y 10 años aproximadamente. Se trata de un criterio temporal que permite impregnarse de forma más que suficiente con el tipo de servicio/unidad, las funciones, actividades y tareas a desarrollar del puesto de trabajo. Con este criterio se pretendía sacar a relucir las

⁹⁰ Este aspecto puede ser interesante si en futuras investigaciones se considera oportuno abordar posibles diferencias existentes como consecuencia de la perspectiva de género, aunque sabemos que la mayoría de profesionales de enfermería son mujeres.

posibles situaciones de (estrés laboral, burnout, FC, SC, bienestar...), que se vinculan a la CVL.

La especificidad del puesto de trabajo y tipo de pacientes sobre los que se presta la atención sanitaria, fue otro de los criterios fundamentales que cumplir. En ese sentido y puesto que el personal de enfermería ocupa una gran diversidad de puestos en los centros sanitarios, y los mismos pueden ser tan dispares, se buscó intencionadamente que el trabajo que se desempeñaba implicara la atención directa a pacientes en situaciones críticas o de urgencia, de sufrimiento, procesos de enfermedad crónicos y complicados, cercanía a la muerte, atención en domicilio, u otros de naturaleza similar. Se huyó por tanto de aquellos otros desempeños más alejados de este tipo de situaciones como (consultas externas de especialidades, servicio de laboratorio, radiología, unidades de exploración, algún tipo de salas de hospitalización, mandos intermedios y cargos de gestión...). Al tratarse de unidades en los que el contacto con pacientes es más limitado, o no sucede, y en ese sentido escapaban a la intención de nuestro estudio⁹¹.

Uno de los planteamientos que hemos señalado, fue intentar que el total de la muestra se conformara de forma igualitaria entre ambos sexos. Finalmente señalar que se pudo cumplir este criterio de paridad, puesto que del total de personas que resultaron elegidas y pudieron ser entrevistadas, 4 fueron varones y 4 fueron mujeres, lo que supone una representación equilibrada entre ambos sexos. Posteriormente se añadió otra mujer para profundizar en un tema emergente que se repetía en cada entrevista (turnos de trabajo).

De las 9 personas que finalmente fueron las que compusieron la muestra, 8 eran conocidas por el investigador. Tan sólo hubo una persona con la que una de las participantes tuvo que actuar de intermediaria, facilitando con ello el posterior contacto telefónico con el investigador. A partir del contacto telefónico se pudo solicitar si quería participar en el estudio y tras ello, dicha persona accedió de forma totalmente voluntaria y sin ningún tipo de impedimentos. Uno de los casos que en cierta medida se puede considerar relevante o inhabitual, fue el de una (enfermera cooperante). En este caso concreto ello supuso un muestreo de intensidad (sujetos que, sin ser casos extremos, manifiestan con especial riqueza o dramatismo el fenómeno de estudio), y por tal motivo

⁹¹ Quizás en otros estudios, con los resultados que se obtengan, podrían abordarse este tipo de servicios para detectar situaciones que evidencien la posible existencia de diferencias si las hubiere.

una vez conocido la existencia de este caso, se consideró oportuno su captación⁹². Finalmente la muestra con las personas elegidas siguiendo los criterios y las consideraciones señaladas, quedó conformada de la siguiente manera según se recoge en la siguiente (**Tabla 4.4**), en la que se indica el servicio y actividad desempeñada.

Tabla 4.4 Servicio y actividad desempeñada.

REA_CARD: El servicio de Reanimación Cardíaca, se trata de una unidad hospitalaria intermedia en la que la persona ingresada acaba de salir del quirófano y queda pendiente de su evolución el que pueda ser trasladada a otros servicios (sala de cirugía cardíaca...).

UCI: La Unidad de Cuidados Intensivos, atiende a pacientes en situación inestable y crítica por diversas patologías, a la espera de ver su evolución, la cual puede mejorar o en el peor de los casos empeorar.

UHD: La Unidad de hospitalización a domicilio se trata de un servicio extra-hospitalario para atender pacientes en el domicilio y entorno familiar, en situación de estado terminal y de cercanía a la muerte.

SAMU: El Servicio o unidad de Atención Médica Urgente, atiende urgencias y emergencias recibidas a nivel extra-hospitalario, que requieren de personal cualificado y titulado por la situación de gravedad.

AP: Atención Primaria es el primer acceso al sistema sanitario, que atiende a pacientes en el centro de salud y en el domicilio. Los Equipos de Atención Primaria prestan Cuidados Paliativos básicos.

COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO: Presta atención a través de voluntariado y ayuda humanitaria dentro y fuera de nuestras fronteras en situaciones de catástrofes, o graves problemas de salud a conjuntos de población.

HOSPITAL DE DÍA: El servicio de Hospital de Día, atiende pacientes oncológicos para administrar los tratamientos de quimioterapia a nivel ambulatorio (el paciente vuelve después a su casa).

URG: El servicio de Urgencias hospitalarias, atiende pacientes que se sufren algún tipo de urgencia o emergencia.

ENLACE SINDICAL: Actividad cuya finalidad es la defensa y negociación con las instituciones de las condiciones laborales⁹³.

Fuente: Elaboración propia.

⁹² Estos aspectos aquí recogidos, forman parte del conjunto de decisiones y estrategias que el investigador ha tomado, según criterio personal. Es común en la metodología cualitativa tener en cuenta que la recogida de información, en este caso a través de la técnica de recogida, adopta cierto grado de flexibilidad que permite trazar nuevas búsquedas a medida que se van obteniendo nuevos datos, que posibilitan incorporar más información. En otras palabras equivale a un «muestreo teórico».

⁹³ Se trata de una enfermera a la que se le realizó una entrevista posteriormente para obtener información del tema concreto de horarios y turnicidad del PE en las distintas instituciones y su repercusión en la CVL. A pesar de que el tema no era central en nuestro estudio, el mismo fue planteado por todas las personas entrevistadas y con ello el interés sobre el mismo por nuestra parte.

El período en el que se contactó con las personas y se realizaron las entrevistas quedó establecido entre octubre y diciembre de 2016.

Realizadas las entrevistas fue cuando se consideró oportuno localizar alguna persona que siendo enfermera/o, se encontrara vinculada a algún sindicato, con la intención de aclarar algunos puntos que no siendo propios de nuestra materia de estudio, sí que se consideraron interesantes, y que como ya se ha dicho iba referido turnos y horarios.

En este caso se trató de una compañera que era conocida por el investigador. A dicha persona se la localizó, y se le explicó el motivo de solicitar la participación y colaboración de forma concreta sobre el tema de la turnicidad y horarios del personal que trabaja en las instituciones sanitarias de la Comunidad Valenciana.

No supuso ningún problema por su parte y accedió encantada a ser entrevistada. La entrevista fue realizada en el domicilio del investigador por acuerdo mutuo.

4.7.4. Consideraciones éticas

La recogida de información en la que tanto la muestra como el objeto de estudio implican a personas, requiere de unos requisitos de obligado cumplimiento.

Es preceptivo por tanto la solicitud de participación y obtención del consentimiento informado para ello.

Así en los estudios cualitativos como el nuestro, se utiliza para obtener información de temas personales de los propios sujetos que participan, y también se requiere de dicho documento.

En nuestro caso a pesar de que el estudio no implicaba la existencia de riesgos en la participación, fue igualmente necesario proceder de esta manera y recoger por escrito el permiso en este documento, puesto que las sesiones de trabajo iban a ser grabadas mediante sistema audio con el uso de una grabadora de voz digital⁹⁴.

Posteriormente se utilizarían estas grabaciones para su análisis. Con ello se busca

⁹⁴ Sony ICD-PX333D-4GB-LCD. Se trata de una grabadora de voz cuyas características y especificaciones técnicas más generales son las siguientes: 4 GB internos, grabación/reproducción de MP3, puerto USB, altavoz de 300 mW de potencia, reducción de ruido inteligente, con software de aplicación y conectividad para PC.

la garantía respecto de lo que las personas participantes nos informan, pero teniendo en cuenta el mantenimiento del anonimato y confidencialidad, asegurando un trato correcto de todo aquello que se diga y obtenga, informando sobre el hecho de que la información recogida será tratada como material de investigación para elaborar una tesis doctoral y con fines de investigación y académicos.

Previamente las personas que participaron en el estudio fueron conocedoras de la temática a tratar y el tipo de metodología que se iba a utilizar a través de las sesiones planteadas para la realización del estudio.

A las que decidieron participar, que fueron todas, se les informó de forma escrita y verbal, explicándoles antes de la sesión nuevamente respecto al tema, los objetivos, la necesidad de recogida de la información mediante la grabación del audio de las entrevistas y su decisión para continuar o retirarse cuando lo consideraran oportuno sin ninguna consecuencia por ello.

Al mismo tiempo se les aseguró al igual que la primera vez cuando se tuvo el primer contacto, y tras haber entregado la solicitud de participación (**Anexo-7**), de la confidencialidad de los datos e información recogida, respecto a la no aparición de los nombres tanto en el análisis como en el informe final.

Se informó también que las grabaciones de las entrevistas quedarían a custodia del investigador.

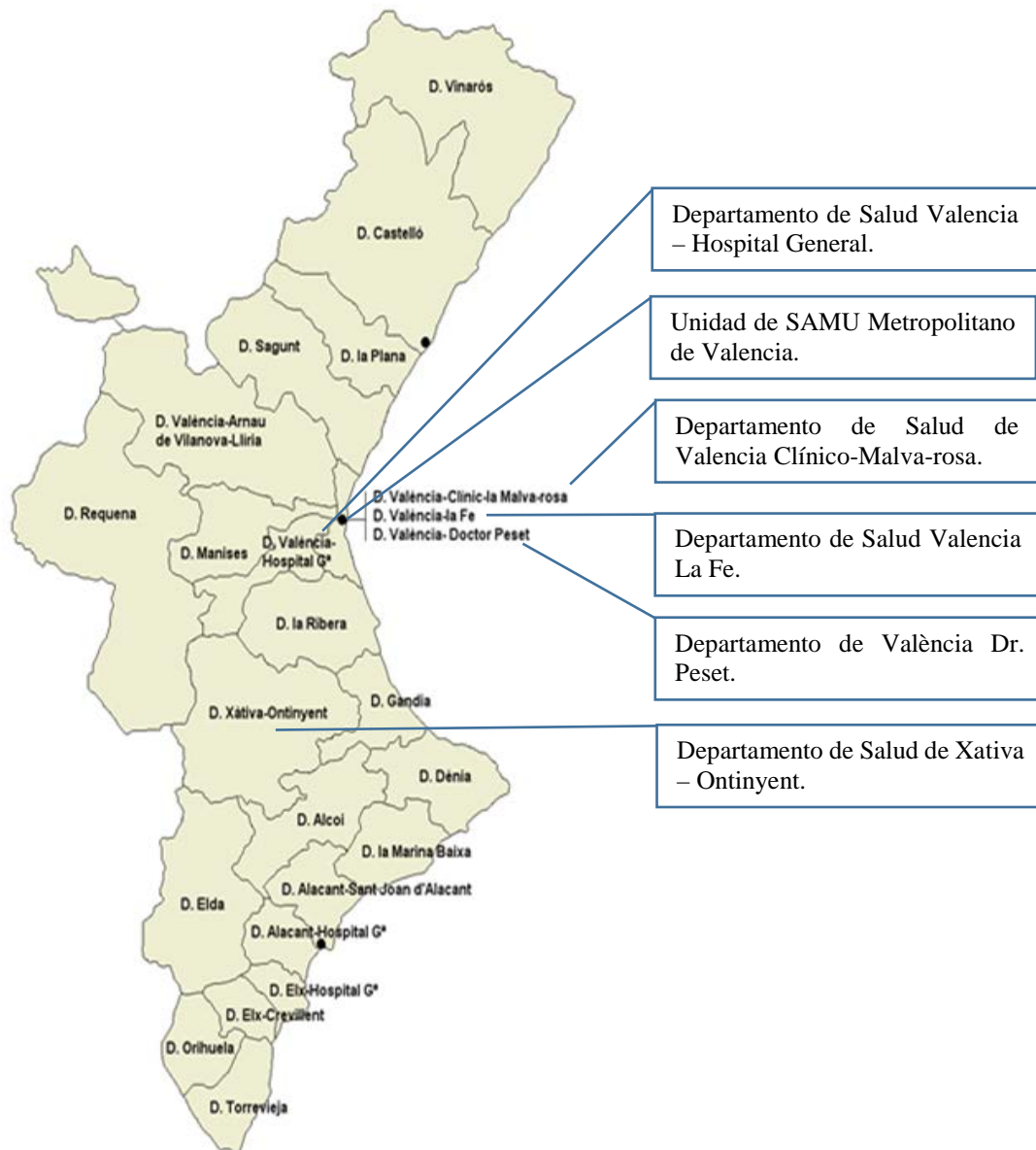
Todo ello quedó registrado en el documento de consentimiento para la entrevista y tratamiento de la información, que fue leído, explicado y aclarado, en todas aquellas cuestiones que se plantearon, y finalmente aceptado y firmado el día de su realización. Ver (**Anexo-8**).

En la siguiente figura se identifican los departamentos de salud en los que las diferentes personas que compusieron la muestra, desempeñaban su actividad laboral.

Por decisión expresa, se ha omitido la identificación con el centro sanitario y unidad en la que se desempeñaba la labor asistencial.

La (**Figura 4.4**), indica geográficamente los Departamentos de Salud al que pertenecían las personas entrevistadas.

Figura 4.4 Organización territorial. Departamentos de Salud de la Consellería de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia. Mapa obtenido de: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>

4.7.5. Técnica de recogida de información: La entrevista

La elección de una u otra técnica para recoger los datos y la información, ha seguido los criterios que indican Taylor y Bogdan (1987). Podemos señalar entre ellos, los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas que se van a investigar, junto con las limitaciones prácticas a las que se enfrenta cualquier investigador. En el caso que nos ocupa en la realización de este estudio, no ha sido

diferente. En ese sentido como ya se ha indicado en el apartado (4.7.2) del diseño, se ha decidido utilizar la técnica de la entrevista por dichos motivos.

La elección y el enfoque de la entrevista individual abierta, semi-estructurada como técnica, ha pretendido pues obtener aquella información que desde las unidades muestrales pudieran recoger la vivencia de las mismas, respecto de sus propios significados sobre el tema de estudio, a través del lenguaje y la expresión.

Por entrevista, como instrumento de investigación sociológica, entendemos algo más que las charlas preliminares y la cordialidad social que forma parte de la, que digamos, antecámara para la obtención de documentación y de oportunidades para la observación personal de los procesos. La entrevista en sentido científico es el interrogatorio cualificado a un testigo relevante sobre hechos de su experiencia personal. Puesto que el informante no se halla coaccionado, el entrevistador tendrá que escuchar comprensivamente muchas cosas que no son pruebas, ya sean opiniones personales, tradiciones y rumores sobre hechos, todo lo cual puede ser útil para sugerir nuevas fuentes de investigación y revelar sesgos. Pero la principal utilidad de la entrevista consiste en averiguar la visión sobre los hechos de la persona entrevistada [Webb y Webb, 1965]5. [Citado en Valles, 2002, p. 54].

Lo oportuno con la elección de dicha técnica, fue la posibilidad de explorar de forma más profunda, ubicando el contexto y personas que podían aportar información pertinente mediante la selección intencionada y accesible dirigida a profesionales que representaran los escenarios y situaciones tipificadas en la literatura, y las circunstancias propias derivadas e inherentes al que investiga (tiempo y recursos).

La recogida de información a través de las personas entrevistadas, se estableció de forma flexible. No obstante se tuvo en cuenta el muestreo teórico señalado anteriormente en el apartado (4.7.3) de muestreo y selección de casos, y que en la siguiente cita se aclara detalladamente en su forma de proceder. No obstante también se tuvo en cuenta, la posibilidad de conseguir una cantidad de información suficiente que permitiera responder a los objetivos del estudio.

La estrategia de muestreo teórico puede utilizarse para seleccionar a las personas a entrevistar (Glaser y Strauss, 1967). En el muestreo teórico el número de “casos” estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. Después de completar las entrevistas con varios informantes, se diversifica deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas en la cuales estamos interesados. Uno percibe que ha llegado a

ese punto cuando las entrevistas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva⁹⁵.

La duración de las entrevistas se estableció en aproximadamente 60 minutos. Se trata de un tiempo orientativo y flexible, puesto que pudiera darse el caso de saturación o escasez de información. Por otra parte cuando la narrativa sigue siendo enriquecedora llegado este momento, se puede alargar teniendo en cuenta también las indicaciones para este tipo de técnica: No alargar más de hora y media, puesto que suelen aparecer contenidos que no son pertinentes a la temática planteada, puede aparecer información redundante, y provocaría el agotamiento de la persona.

4.8. Procedimiento, toma de contacto, desarrollo y dinámica de las sesiones: Fase de apertura, desarrollo y cierre. Análisis general

Una vez quedó establecida cual podría ser la composición de la muestra, se procedió en unos casos al contacto telefónico para concertar una cita y poder explicar las condiciones y entrega del documento de solicitud de participación, el documento del modelo teórico de variables teóricas predictoras de la CVL señalado en el (anexo-5) sobre el que se pretendía trabajar y el modelo explicativo de los conceptos teóricos sobre el tema del estudio (**Anexo-9**)⁹⁶.

Señalada la fecha para el primer encuentro, en el mismo se fijó el día de la entrevista. En otros se procedió al desplazamiento al centro sanitario y localización de la persona para el establecimiento de un primer encuentro y de esa manera poder explicar cara a cara el tema de estudio, y solicitar la colaboración. En este caso directamente quedó establecida la fecha de la entrevista en ese mismo momento y se entregaron los documentos señalados. En otros casos a partir del contacto telefónico, se explicó el motivo por el que se le requería la colaboración, y dada la imposibilidad de buscar una fecha para un primer encuentro, se solicitó la dirección de correo electrónico, para poder enviar la solicitud de participación y resto de documentos, y se concertó la fecha para la

⁹⁵ Ibid., p.108.

⁹⁶ Se consideró importante recoger en el diseño del modelo y dentro de la parte cualitativa, las variables de edad y años de experiencia puesto que se intuía que dentro de las argumentaciones de las personas entrevistadas, la referencia a las mismas sería un material muy valioso para el análisis y discusión del estudio, y por tal motivo han sido incorporadas.

entrevista. Independientemente del procedimiento, en todos los casos se entregaron todos los documentos, y se explicó la temática del estudio⁹⁷, y el motivo por el cual se le seleccionó como informante.

Indudablemente el sitio elegido para desarrollar la entrevista debe reunir determinadas características y condiciones. Queda claro que ello no siempre es fácil conseguir. En este caso se plantearon diferentes alternativas con el objeto de no incomodar la rutina, ni generar otro tipo de problemas a la persona entrevistada. Se indicó la necesidad de que hubiera garantía y que fuera un lugar tranquilo, sin ruidos ni personas que pudieran interferir. Los lugares donde fueron llevadas a cabo las entrevistas, fueron pactados previamente entre el investigador y la persona entrevistada. En este sentido se tuvo en cuenta la disponibilidad de la persona entrevistada y su preferencia. Con ello fueron distintos los lugares elegidos⁹⁸.

En todas las reuniones mantenidas se procuró la necesidad de crear un ambiente y clima confortable y cómodo para que la persona pudiera sentirse tranquila y con la intención de evitar posibles interrupciones, de manera que la comunicación no tuviera que verse condicionada a la presencia de otras personas. Con ello se perseguía generar confianza para poder expresar libremente aquello que se considerara a las preguntas planteadas. Durante la realización de todas las entrevistas se procuró lo señalado por Carranza: “El formato fue el resultado de la negociación conversacional en la que yo cedía el control sobre el desarrollo de la entrevista, cada vez que los entrevistados decidían expandirse sobre algunos temas, elaborar sus opiniones, o cambiar el tópico”. [Carranza, 1997, p. 2].

La primera entrevista se planteó como pilotaje: Era necesario hacer una entrevista piloto para probar el instrumento y ver el funcionamiento de la técnica antes de hacer el levantamiento de campo.

En su caso se pretendía valorar si a través de la entrevista y con el guion de

⁹⁷ Algunas fechas establecidas fueron cambiadas por situaciones personales y laborales.

⁹⁸ Concretamente fueron realizadas en salas de reuniones y despacho dentro de los centros sanitarios de trabajo, en el propio domicilio de la persona, y en la Facultad de Enfermería y Podología de la Universitat de València (despacho del investigador). Señalar también que una de ellas tuvo que realizarse en el domicilio del investigador para facilitar la disponibilidad de la persona entrevistada y poder mantener la secuencialidad de entrevista y transcripción.

preguntas abiertas, se podía recoger aquello que se buscaba. En caso contrario tendría que volver a revisarse la formulación de las preguntas.

Para esta primera entrevista y ante la posibilidad de que funcionara adecuadamente la recogida de información, por si hubiera sido necesario incluir alguna observación que resultara útil para interpretar, se preparó un documento identificativo o ficha de entrevista. Ver (**Anexo-10**).

Una vez realizada la entrevista piloto, se procedió a su inmediata transcripción que se inició ese mismo día. Finalizada la misma fue leída y analizada de forma preliminar por parte del investigador y las directoras de la tesis, dando conformidad y bajo la consideración de una información totalmente válida para poder ser usada.

Este hecho supuso no tener que desechar la primera unidad muestral y poder proseguir con las siguientes. La siguiente (**Tabla 4.5**), recoge la secuencia de fases del desarrollo de la entrevista.

Tabla 4.5 Fases del desarrollo de la sesión en la entrevista.

FASE DE APERTURA	
Introducción a la entrevista.	Agradecimiento y presentación.
Objetivos	Justificación y propósito.
Entrega de documentación.	Consentimiento y permiso para el registro de la entrevista.
Explicación y aclaración de dudas.	Entrega del guion de la entrevista, aclaración de conceptos y modelo.
FASE DE DESARROLLO	
Desarrollo secuencial de la entrevista.	Presentación y contextualización. Respuesta a las cuestiones planteadas.
FASE DE CIERRE	
Conclusión.	Últimas aportaciones no planteadas sobre el tema. Resumen y comentarios.
FASE DE VERIFICACIÓN (POSTERIOR)	
Redacción de la información y conclusiones preliminares. Devolución de la información a las personas entrevistadas para confirmación posterior al análisis.	

Fuente: Elaboración propia.

Una vez establecido el primer contacto, la realización comenzó con la *fase de apertura*. En este momento del inicio, se dieron unas breves palabras de agradecimiento

por la asistencia, y se realizó la presentación formal (establecimiento del rapport⁹⁹ con las personas entrevistadas). Seguidamente se procedió a explicar el motivo por el que se les había pedido la colaboración (realización de un estudio), cuyo fin era la elaboración de una tesis doctoral que sería presentada en la Facultad de Psicología de la Universitat de València.

Conocedoras de la temática sobre la que se iba a trabajar, se informó del objetivo de la sesión: Explorar y captar la experiencia profesional respecto al tema de la CVL y el «autocuidado» y de todo aquello que consideraran respecto al mismo. Se les indicó la necesidad y el momento en el que la sesión iba a ser grabada mediante previo consentimiento. Se informó de que no se buscaban soluciones finales ni respuestas correctas a las preguntas planteadas. Cada cual era libre de manifestar y expresar de forma espontánea lo que considerara oportuno sobre todo aquello que quisieran contar. Se entregaron, leyeron y explicaron todos los documentos nuevamente: El documento de consentimiento para la grabación de la entrevista y posterior tratamiento de la información (que fue firmado en ese mismo acto), el documento que recogía el modelo teórico sobre el que versaba el estudio, el documento con los conceptos teóricos, y la guía de la entrevista para familiarizarse con las preguntas que se recogían en la misma. Acto seguido se aclararon aquellas cuestiones que se plantearon, y finalizado todo ello se indicó el inicio de la sesión de trabajo.

La siguiente *fase de desarrollo*, corresponde al discurso en sí mismo con la presentación de las preguntas del investigador y las respuestas emitidas por la persona entrevistada. Durante esta fase se solicitó la argumentación abierta a las cuestiones planteadas. Una vez iniciada la grabación, se planteó la primera pregunta y se realizó la presentación con su nombre, edad, y lugar de trabajo de la persona entrevistada. En ese momento empieza el discurso con la provocación explícita por parte del investigador al proponer de forma general el tema. No se hicieron preguntas directas ni personales para evitar conducir las respuestas, salvo momentos muy puntuales y considerados necesarios. Se dejó fluir el discurso, forzado en pequeños instantes en los que quedaba interrumpido.

Finalmente con la última *fase de cierre* quedó finalizada la entrevista agradeciendo la participación. Al mismo tiempo se expresó el compromiso de entrega por parte del investigador de la transcripción de la entrevista y un análisis preliminar para su

⁹⁹ Sintonía emocional y psicológica, para crear un ambiente agradable y de confianza.

verificación. Cerrada la sesión, hubo un intercambio de impresiones respecto a la experiencia de haber participado y colaborado en el estudio, valorando lo positivo de investigar sobre el tema de la CVL y el «autocuidado». Hay que señalar que el ambiente fue muy agradable, estimulante y participativo. Todas las personas expresaron estas sensaciones y señalaron estar contentas de haber participado. Durante ese tiempo de conversaciones más distendidas y de despedida, en algunos casos hubo posibilidad de ofrecer un café/refresco, en agradecimiento a la colaboración prestada. Al mismo tiempo se indica que a la duración total de la entrevista hay que añadir el tiempo inicial para la explicación del desarrollo, de los objetivos, la aclaración de dudas, y entrega de los diferentes documentos. Se entregaron el guion de preguntas, el modelo teórico de variables predictoras de la CVL, el documento con la descripción de los conceptos, y la solicitud de firma del consentimiento (tiempo aproximado 15 minutos).

Señalar que en ninguna de las sesiones hubo problemas en el desarrollo de las mismas para la recogida de la información.

4.9. La materialización del discurso oral al escrito: La transcripción

Se suele decir que las palabras se las lleva el viento, pero no obstante algunas quedan en el recuerdo y otras muchas como en este caso, también acaban en la escritura. El paso de la información oral al texto escrito es una operación necesaria e importante para su posterior análisis en este caso que nos ocupa dentro del planteamiento cualitativo. En el siguiente apartado se abordará este tema a partir de la transcripción de las diferentes entrevistas realizadas.

Una vez realizada la grabación y una vez escuchada la misma, de forma general y mayoritariamente podemos señalar que no hubo problemas con el audio recogido, aunque en algunos casos la intensidad del sonido y la velocidad del habla dificultaron su transcripción. El material recogido y escuchado, permitió captar lo que emerge del discurso (aquello que se dice y lo que no).

Posteriormente, fue transcrito de forma literal y finalmente leído. Para este proceso se hizo uso del programa informático MAXQDA-11 (software de pago) para el tratamiento de datos cualitativos. El uso de este tipo de programas también denominados: Computer-assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) ha permitido en

nuestro caso una forma rápida de gestión para importar archivos de audio, la transcripción y recuperación la información¹⁰⁰.

Tal y como señalan Berengüera et al. (2014), el uso de los mismos:

(...), permiten al equipo investigador organizar, almacenar y manejar de forma efectiva grandes cantidades de datos cualitativos y dar soporte a un proceso de análisis riguroso (por ejemplo, codificar, crear categorías, seleccionar los textos una vez establecido el mapa de categorías, relacionar categorías, etc.). [p. 153].

No se consideró oportuno utilizar programas de reconocimiento de voz, puesto que no se trataba de una misma persona sobre la que se recogía el registro sonoro de la voz, y una vez intentado el mismo, se observó la diferencia y dificultad para una correcta transcripción, lo cual llevó a realizar una transcripción manual, en la que a pesar del enorme esfuerzo que suponía, era la única forma de asegurar una transcripción literal.

Hay que señalar que, a pesar de haber planteado la realización de las entrevistas y las transcripciones posteriores de forma continua, simultánea y sin demora, es decir, de manera que antes de efectuar la siguiente se hubiera transcrito la anterior, y que de esa forma los posibles desvíos o temas emergentes considerados de interés podrían ser retomados posteriormente, este planteamiento no se pudo realizar en una de las mismas¹⁰¹.

Las transcripciones reproducen literalmente todo lo dicho en las entrevistas, y las notas escritas recogidas, realmente no fueron lo suficientemente determinantes para ser tenidas en cuenta posteriormente, salvo para identificar el número de la entrevista, la

¹⁰⁰ Hubieron problemas al incorporar los archivos de audio al programa Maxqda (posiblemente por compatibilidad de formatos en los archivos al trabajar al mismo tiempo con audio y texto), las diferentes funciones de la barra de herramientas desaparecían impidiendo seguir trabajando y perdiendo al mismo tiempo la información. Esta situación supuso la pérdida de las marcas temporales y la pérdida de algunas de las transcripciones que tuvieron que volver a ser transcritas, sucediendo nuevamente lo mismo. Ante este imprevisto se procedió a contactar varias veces mediante correo electrónico con el soporte técnico que se encuentra fuera de España (info@maxqda.com). A pesar de ello y con las indicaciones dadas no se pudo averiguar la causa del mismo, y durante 3 veces más se tuvo que contactar para intentar buscar la solución. Lamentablemente no consiguieron solucionarlo, pero afortunadamente en las siguientes transcripciones, al final desapareció el problema.

¹⁰¹ En este caso por circunstancias personales de la persona entrevistada, hubo necesidad de modificar la fecha concertada para realizar la entrevista.

persona, el servicio y algún pequeño detalle más.

No se ha realizado un análisis paralelo de aquellos aspectos referidos a la comunicación no verbal, al no disponer del recurso personal y material para ello, aunque a nivel metodológico suele ser aconsejable en algunos casos.

Para la identificación de la entrevista transcrita, se han utilizado los siguientes criterios: Identificación. Sexo: ♀ ♂, Edad, Unidad/Servicio, y N° de entrevista.

♂/EDAD/UNIDAD/N° DE ENTREVISTA

Las preguntas se identificaron según el bloque al que pertenecían del guion (A, B, C) y con n° de identificación de la pregunta. Ejemplo: B-01, con sus posibles desdoblamientos que equivalen a las sub-preguntas. Ejemplo: B-01-a. En el caso de preguntas no incluidas en el guion, y que aparecen por intención del investigador, se identificaron de la misma manera añadiendo el enunciado. Ejemplo: B-01-¿pregunta?

Se han omitido las muletillas, expresiones vacías de contenido o sin significado, duplicidad o dobles entradas de palabras, frases o expresiones de entrada y salida que no incluyen discurso. Previamente se ha considerado un análisis de las mismas con la intención de sacar a la luz un posible significado oculto, el cual si ha sido detectado, se ha incorporado en el proceso de análisis, porque de alguna forma acompañaban al posterior discurso de la persona en forma de reforzamiento de lo expresado.

El tiempo empleado en las entrevistas, supuso junto al volumen de tiempo utilizado al inicio de la misma, añadir el propio de recogida de información con la grabación.

4.10. Procesamiento y análisis de los datos cualitativos

Durante el proceso de análisis, una vez recogida y transcrita la primera entrevista se procedió a la organización de la información (textos), para una primera valoración y poder detectar que nos dicen las narrativas en un análisis preliminar. La escucha y lectura de dicha entrevista ha permitido familiarizarse con lo relatado por las personas entrevistadas, e inició el momento a partir del cual se buscó la presencia de tópicos y unidades temáticas mediante la segmentación de frases, párrafos y palabras que dotadas de significado de forma preliminar, pudieran dar paso al proceso de codificación mediante el uso de etiquetas. Este proceso ha permitido la reducción de los datos y un posterior análisis en profundidad, a partir de un doble proceso de análisis inductivo y deductivo

desde los conceptos teóricos (ciclo hermenéutico), de los datos para la elaboración de las categorías, y de las categorías a los datos. Este proceso no es concluyente, porque constantemente supone una ida y vuelta sobre la información ya codificada a medida que se avanza con el análisis de la entrevista y las que posteriormente se fueron realizando.

La recuperación mecánica a través de software de apoyo para análisis cualitativo ayudó en la identificación y contextualización de la información ya codificada para comparar a medida que se iban realizando las entrevistas, en un continuo proceso de interpretación.

De forma general, una vez escuchada la grabación, transcrita y realizada una primera lectura, se procedió a buscar los elementos temáticos o conceptos con significado propio que representan conceptos y fenómenos. Posteriormente se hizo una interpretación contextual de las partes relacionadas entre sí y luego una relación de las partes con el todo.

La búsqueda de relación del elemento con sentido propio con los otros elementos y con el todo, ha facilitado la interpretación hermenéutica explicada anteriormente con el doble método utilizado, dotando de significado al texto. Luego de ello se inició la síntesis para construir categorías/meso-categorías¹⁰² a partir de la búsqueda de micro-categorías que las integran y luego establecer las relaciones inter-categoría para construir las posibles macro-categorías. Las micro/sub-categorías, las meso-categorías, y las macro-categorías, fueron elaboradas todas ellas en relación con la pregunta de investigación, en función de la estructura heurística de la misma (sus observables y atributos). Ello supuso hacer uso del método de comparaciones constante en el que antes de codificar un incidente o evidencia, hay que revisarlo con otros incidentes o evidencias que anteriormente se habían codificado en la misma categoría, para determinar sus propiedades, dimensiones, sus similitudes y diferencias. Todo ello a través de un proceso dinámico de ida y vuelta sobre el análisis de los datos, codificando, recodificando, leyendo y releendo las entrevistas.

“El método de comparaciones constante implica que mientras se codifica un incidente para una categoría, se compara con los incidentes previos en el mismo y los

¹⁰² La categoría es un conjunto de interpretaciones que constituyen un patrón común, debido a la similitud que poseen. Su construcción viene dirigida por la pregunta de investigación. Al mismo tiempo se busca la integración de micro/sub-categorías en categorías para una posterior búsqueda de macro-categorías.

diferentes grupos codificados en la misma categoría, para generar propiedades teóricas de la categoría” (Glaser y Strauss, 1967, p. 106).

La relación de categorías da lugar con ello a la estructura de la realidad que va a permitir contestar a la pregunta de investigación. Todo este proceso se detalla de forma más concreta a continuación dentro de la codificación siguiendo las etapas de Carrillo, Leyva y Medina (2011).

1) "El todo": desarrollando ideas; 2) Del todo a las partes: separando y agrupando; 3) De lo particular a lo general: re-agrupando; 4) Descomponer el todo en sus partes sin perder el todo: integrando y relacionando; 5) Relacionar las partes que dan sentido al todo: identificando la categoría central. [p. 96].

4.10.1. La codificación de la información: Etiquetado de significados

Para realizar este proceso, se recurre al *análisis del discurso* como estrategia a partir del cual los textos han sido fragmentados en unidades de significado no excluyentes, lo que equivale a “leer los discursos para leer la realidad social” (Santander, p.209), y que como señala Canales “Si la ley del conocimiento cuantitativo podía describirse en la doble medida de lo numerable y lo numeroso, en el caso del conocimiento cualitativo puede encontrarse en la observación de objetos codificados que, por lo mismo, hay que traducir” (2006:19). [Citado en Santander, p. 212].

Es decir dentro de los posibles criterios de separación, en un primer momento de análisis se ha seguido el criterio temático al seleccionar expresiones, encontrar significados y asignarles un sentido a partir de la interpretación. Dicha forma de dividir y segmentar se ha realizado según se ha comentado, para diferentes párrafos, frases u oraciones, e incluso palabras independientes que recogen el contenido teórico y conceptual sobre un fenómeno. La estrategia seguida para ello recoge las indicaciones de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2010), para la fragmentación del texto, y se ha procedido de forma cualitativa a codificar/etiquetar la información¹⁰³. Esta operación se realiza identificando primero las unidades de registro, donde se encuentran

¹⁰³ Ibid., p. 448. Codificación cualitativa: El investigador considera dos segmentos de contenido, los analiza y compara. Si son distintos en términos de significado y concepto, de cada uno induce una categoría, si son similares, induce una categoría común. Códigos: Identifican a las categorías que emergen de la comparación constante de segmentos o unidades de análisis.

los conceptos que representan los fenómenos sobre los que queremos estudiar, denominada "codificación abierta".

De forma conjunta ha permitido la comparación, la clasificación de los fragmentos y su contextualización para el etiquetado de códigos y el posterior proceso de categorización.

La definición operativa de los diferentes códigos se ha realizado siguiendo lo que señalan los diferentes manuales metodológicos que se han consultado:

- a) Utilizando las definiciones conceptuales y teóricas recogidas en la literatura.
- b) Haciendo uso del diccionario de la RAE.
- c) En función del significado de los términos y expresiones ubicadas social y culturalmente hablando, desde los marcos de referencia del que investiga.

Para dicho proceso, ha resultado útil identificar las categorías descriptivas derivadas del marco teórico y conceptual, junto con las analíticas obtenidas a través de las narrativas y discursos de las entrevistas avaladas tras haber obtenido los datos en la primera etapa del enfoque cuantitativo.

La primera lectura realizada ha permitido descubrir las ideas globales y una primera aproximación al contenido temático y de identificación de posibles categorías, lo que se corresponde con una fase descriptiva teórica y clasificatoria a través un proceso inductivo, tras la lectura y examen del texto, sin tener en cuenta categorías a priori establecidas. Otro procedimiento utilizado ha sido realizado de forma deductiva, en el cual y derivado de nuestro marco teórico algunas categorías ya habían sido establecidas a priori con referencia a los tópicos de nuestro estudio; la CVL y el «autocuidado», y se trataba pues de su identificación dentro del texto. En su conjunto equivale al ciclo hermenéutico indicado anteriormente y de un proceso de interpretación.

Por tanto, en nuestro caso se puede decir que se ha tratado de una forma mixta de trabajo al combinar ambos. Un proceso inductivo y deductivo en combinación y determinación mutua.

En el segundo momento de análisis, separando los datos en unidades con significado, se han relacionado las categorías una vez definidas en función de sus características, atributos y dimensiones, con las subcategorías detectadas, por medio de la codificación axial y en el tercer momento analítico fue necesario un nuevo nivel de

agrupación que permitiera vincular y reagrupar varias categorías, según compartieran o no características o propiedades, refinando, depurando, e integrándolas en macrocategorías para identificar las categorías centrales a través de la codificación selectiva. Este proceso ha sido realizado con asistencia y soporte del programa señalado para análisis de datos cualitativos MAXQDA-11.

El uso de notas memorísticas también denominadas “memos” en este caso analíticos, ha servido como guía para clarificar la búsqueda, facilitar el proceso interpretativo, y al mismo tiempo en el caso de “memos metodológicos” han permitido recoger todas las decisiones metodológicas que hemos tomado durante el análisis.

Como ya se ha indicado junto al proceso de recolección de datos e información, se ha acompañado el proceso de análisis, lo que ha servido como guía para profundizar y buscar nuevos temas emergentes y redundantes en siguientes unidades muestrales. En este caso a partir de la 4ª persona entrevistada se iba observando reiteración en los datos e información a medida que se iba analizando de forma preliminar la información. En parte, la posible causa podría ser el hecho de haber planteado la selección intencionada de casos y contextos. Este criterio pudiera ser el elemento en común compartido que implicaba la centralidad de los datos cualitativos codificados.

No obstante se consideró oportuno la búsqueda de más unidades, y de forma concreta sobre las planteadas en un principio, en las que hubieran entre otras situaciones, algunas de las siguientes (atención a personas en situación de sufrimiento, cronicidad, enfermedades terminales, o posibilidad de fallecimiento,...). Se incorporó por ello una entrevista en la que hubiera un contacto directo con personas enfermas en el contexto domiciliario, en el que también se interacciona con la familia, y por ello se contactó con personal de enfermería de atención primaria. Lo mismo sucedió con personal de enfermería que prestaba servicios atendiendo a pacientes que padecían cáncer, por todo lo que ello conlleva el diagnóstico. En el caso del personal de enfermería del servicio de urgencias, se consideró oportuno, dado que el contacto con pacientes se produce de forma transitoria, pero la posible situación de gravedad inminente supone un gran impacto en la atención.

Ya se ha señalado también lo pertinente del caso del personal de enfermería que trabaja en situaciones de ayuda humanitaria y catástrofes. En este caso una vez se tuvo conocimiento de la disponibilidad, su captación resultó ser interesante, por el motivo y

el simple hecho de lo enriquecedora que podría ser dicha información. En este caso especial, la entrevista tomo como eje central la labor desempeñada en este contexto y bajo estas circunstancias. Por dicho motivo la entrevista quedó circunscrita a dicha realidad a diferencia del resto de las realizadas, centradas en las instituciones sanitarias.

Puesto que el volumen de información fue creciendo, y tras lo indicado para detener el levantamiento de campo, se consideró oportuno finalizar la realización de entrevistas una vez el acopio de información y las especificidades de los casos en consonancia a la pregunta indagatoria/base de la investigación, permitió ir dando respuesta a los objetivos planteados.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS Y ANÁLISIS

CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Iniciamos este capítulo, teniendo en cuenta que se presentan los resultados de las dos fases del estudio, y se realiza al mismo tiempo el análisis de los mismos.

No se dedica un capítulo independiente para cada uno, porque como ya se ha indicado en el apartado del diseño, el estudio ha sido realizado de forma secuencial, y el proceso de análisis de datos e información con enfoque cualitativo, acompaña al investigador desde el inicio de manera continua.

Así pues, la búsqueda de nuevos datos ha sido un proceso constante de entrevista, análisis, interpretación y codificación.

Entiende el investigador en este sentido, que resulta más coherente y agradable a la lectura atender a este detalle, e integrar los resultados y análisis, en interés de no perder el hilo conductor entre ambos enfoques.

Por dicho motivo y puesto que la intención del investigador es integrar ambas fases, se presentan en primer lugar aquellos que responden a la primera fase del estudio cuantitativa, y los resultados obtenidos en la segunda fase cualitativa corresponden a las evidencias y proceso de codificación de las entrevistas.

— Resultados y análisis de la fase cuantitativa:

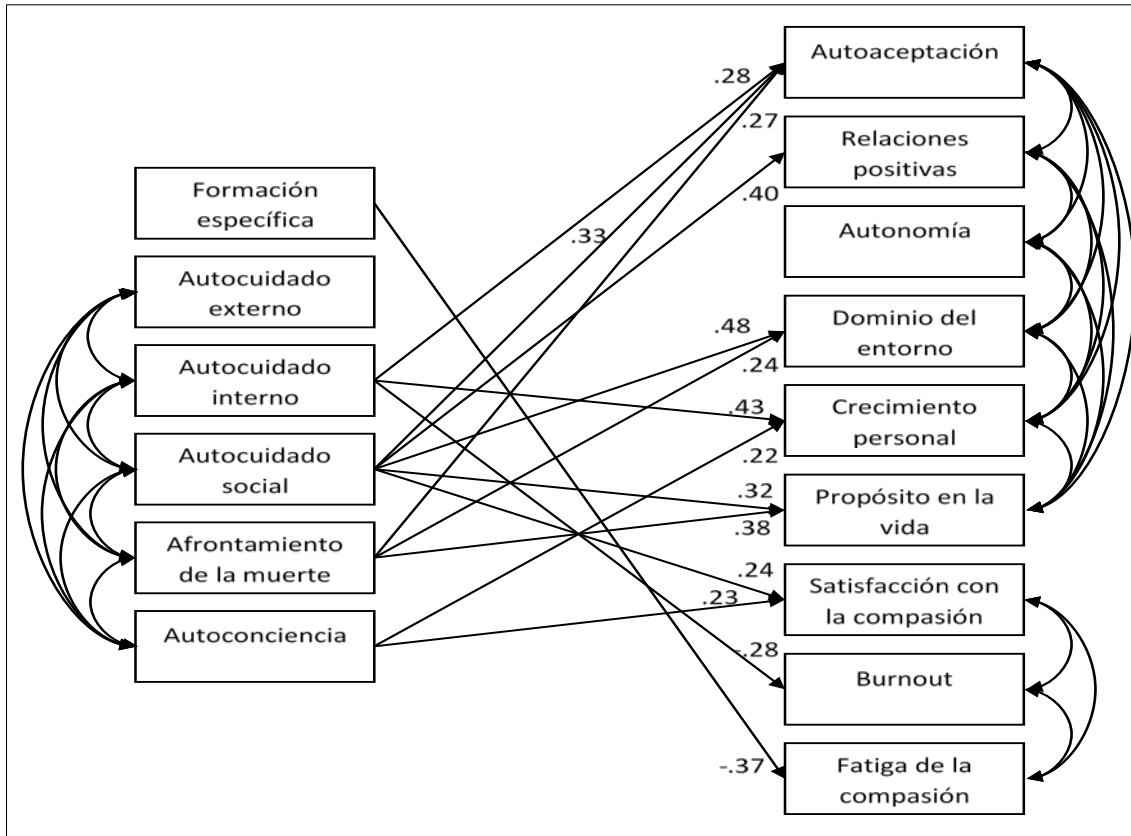
El modelo de estudio tuvo un ajuste global adecuado: $\chi^2(23) = 37.873$ ($p = .026$), CFI = .956, GFI = .935, SRMR = .075, RMSEA = .098 (intervalo de confianza del 90%: .034 - .150). El RMSEA fue el único índice con un valor fuera de rango, aunque es lo habitual en modelos path analysis que no contienen factores latentes, como es el caso.

En cuanto al ajuste analítico, las relaciones estadísticamente significativas encontradas van en la línea de lo esperado. La calidad de vida del profesional fue predicha por la formación específica en espiritualidad, el autocuidado interno, el autocuidado social y la autoconciencia.

En concreto, el autocuidado social y la autoconciencia predijeron la satisfacción con la compasión, el autocuidado interno predijo el burnout y la formación específica en

espiritualidad predijo la fatiga por compasión. Ver (Figura 5.1)¹⁰⁴.

Figura 5.1 Ajuste analítico del modelo estimado.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las correlaciones, las tres dimensiones del autocuidado correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa entre sí. Además, el afrontamiento de la muerte y la autoconciencia correlacionaron de forma positiva con el resto de predictores, aunque no siempre dichas relaciones resultaron estadísticamente significativas. Para mayor detalle, ver (Tabla 5.1). Además, la satisfacción con la compasión correlacionó de forma negativa y estadísticamente significativa con el burnout, y el burnout de forma positiva con la fatiga de la compasión (Tabla 5.2). En la misma tabla pueden consultarse las correlaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico.

¹⁰⁴ Notas: Tan solo aparecen las relaciones estadísticamente significativas. Las correlaciones pueden consultarse en las Tablas 5.1 y 5.2. El tratamiento de los datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 22.

Tabla 5.1 Correlaciones entre las variables exógenas del modelo.

	1	2	3	4	5
1 Autocuidado externo	1.00				
2 Autocuidado interno	.38*	1.00			
3 Autocuidado social	.30*	.24*	1.00		
4 Afrontamiento de la muerte	.41*	.32*	.21	1.00	
5 Autoconciencia	.18	.13	.18	.30*	1.00

Fuente: Elaboración propia. Nota: * $p < .05$.

Tabla 5.2 Correlaciones entre las variables endógenas del modelo.

	1	2	3	4	5	6
1 Auto-aceptación	1.00					
2 Relaciones positivas	.20	1.00				
3 Autonomía	.00	.48*	1.00			
4 Dominio del entorno	.63*	.40*	.21*	1.00		
5 Crecimiento personal	.35*	.33*	.18	.40*	1.00	
6 Propósito en la vida	.72*	.15	.00	.61*	.30*	1.00
		7		8		9
7 Satisfacción con la compasión		1.00				
8 Burnout		-.45*		1.00		
9 Fatiga por compasión		.01		.26*		1.00

Fuente: Elaboración propia. Nota: * $p < .05$.

Finalmente, por lo que respecta a la capacidad predictiva, los porcentajes de varianza explicados de calidad de vida de los profesionales oscilaron entre el 18.9% para la fatiga por compasión y el 27.4% para el burnout, siendo del 22.5% para la satisfacción con la compasión. Además, se explicó un 41.8% de la auto-aceptación, 23.0% de las relaciones positivas con los demás, 10.1% de la autonomía, 44.1% del dominio del entorno, 40.1% del crecimiento personal y 40.1% del propósito en la vida.

— Resultados y análisis de la fase cualitativa:

El análisis de los datos cualitativos dio lugar tras la codificación y elaboración del libro de códigos con número total de segmentos codificados, ver (**Anexo-11**), a la construcción de categorías atendiendo a la temática recogida tras la interpretación. Ello consideró tener en cuenta las categorías preestablecidas derivadas del marco teórico y al mismo tiempo aquellas que iban emergiendo de los datos transcritos (entrevistas), siguiendo las indicaciones recogidas en la (**Figura 5.2**). El proceso seguido a continuación fue establecer la red de relaciones, y articular el análisis descriptivo y categorial de forma simultánea.

En este capítulo se presentan las evidencias en forma de pasajes (citas textuales) de lo que la persona entrevistada informó. Dada la extensión y volumen de material, se ha considerado necesario presentar aquellas más representativas de aquello que se preguntaba. El resto de información puede verse totalmente con sus codificaciones en el (**Anexo-12**).

Figura 5.2 Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación Cualitativa.

Fase	Acción
Descubrimiento (Buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lea repetidamente los datos 2. Siga la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas 3. Busque los temas emergentes 4. Elabore tipologías 5. Desarrolle conceptos y proposiciones teóricas 6. Lea el material bibliográfico 7. Desarrolle una guía de la historia
Codificación (Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle categorías de codificación 2. Codifique todos los datos 3. Separe los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación 4. Vea qué datos han sobrado 5. Refine su análisis
Relativización de los datos (Interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos solicitados o no solicitados 2. Influencia del observador sobre el escenario 3. ¿Quién estaba allí? (diferencias entre lo que la gente dice y hace cuando está sola y cuando hay otros en el lugar) 4. Datos directos e indirectos 5. Fuentes (distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio) 6. Nuestros propios supuestos (autorreflexión crítica)

Fuente: (Taylor – Bogdan, s. f). http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/analisis.pdf

El total de entrevistas realizadas fueron 9, de las que una de ellas la última se realizó para profundizar sobre el tema de turnos y horarios, tema sobre el que todas las entrevistas mencionan por la trascendencia que tiene sobre la CVL, y personal. El tiempo dedicado para realizar cada una de las entrevistas puede observarse en la siguiente (**Tabla 3.5**).

El TOTAL DE AUDIO DE ENTREVISTAS: 443 minutos = 7: horas y 23 minutos.

TOTAL EXPLICACIÓN PREVIA A LAS ENTREVISTAS: 15 minutos aproximadamente por cada entrevista = 2 horas y 15 minutos.

TOTAL ENTREVISTAS: AUDIO+EXPLICACIÓN = 9 horas y 38 minutos aproximadamente.

Tabla 5.3 Entrevistas realizadas y duración.

ENTREVISTA	DURACIÓN
♂/57/REA_CARD/01	01:33:07
♂/59/UCI/02	00:44:07
♂/48/UHD/03	00:44:47
♀/38/SAMU/04	00:50:07
♂61/AP/05	00:31:54
♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06	01:11:56
♀/36/HOSPITAL DE DÍA/07	00:37:03
♀/50/URG/08	00:52:58
♀//ENLACE SINDICAL/09	00:17:47
TOTAL MINUTOS	443:86
TOTAL HORAS Y MINUTOS	07:23

Fuente: Elaboración propia.

Para identificar los fragmentos que más evidencias recogen según nuestro estudio, se ha elaborado una tabla cromática para facilitar la lectura y acceso de la información. El resto de segmentos codificados aparecen por defecto en color verde claro, según está establecido por el programa Maxqda-11 Plus.

Tabla 5.4 Codificación cromática.

	BIENESTAR PSICOLÓGICO
	SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN
	AUTOCUIDADO
	AUTOCONCIENCIA
	AFRONTAMIENTO
	FORMACIÓN
	FATIGA POR COMPASIÓN
	MALA GERENCIA
	BURNOUT
	TURNICIDAD
	RESTO

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan algunas de las evidencias¹⁰⁵ a la primera pregunta formulada. El resto de las mismas se pueden consultar en el apartado de anexos.

Pregunta- A. Presentación / información / Identificación:

— [*“El estado de salud percibido no es bueno, ¿por qué?, pues porque me encuentro muy cansado, me noto un poco quemado con el trabajo, no con el trabajo, con los turnos, y de hecho en mi última revisión me salió una hipertensión brutal, de hecho todavía tengo que hacerme la analítica y posteriormente seguramente tendré que ir al médico de cabecera para que valore la hipertensión y el tratamiento. De hecho en estas vacaciones por ejemplo, yo empiezo las vacaciones con una tensión de 190 de sistólica, la que me sacaron en la revisión fue de 200 y pico y estuve así y sin embargo en los últimos días de vacaciones la tensión se me había digamos normalizado entre sobre 140 de sistólica, quiero decirte sí, hay una afectación por estrés, aparte de los factores de edad, tabaquismo, mala alimentación, que claro en vacaciones comes mejor, no haces turnos, duermes cuando toca y se va normalizando todo...”*]. (♂/59/UCI/02).

— [*“...me considero que estoy estupenda”*]. (♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06).

— [*“...me percibo una persona sana y vitalista y sin ningún problema”*]. (♀/36/HOSPITAL DE DÍA/07).

— [*“la administración nuestra debería de preocuparse no solamente del aspecto físico, o sea de las revisiones y todo eso, sino que debería de hacer, yo creo que por lo menos una vez al año, o un vez cada dos años o lo que sea, pues en los hospitales hay psiquiatras, pues que nos hiciesen ir, charlar un poco, ya no por nada, sino simplemente por desahogarte un poco...”*]. (♀/50/URG/08).

Mayoritariamente las personas entrevistadas, cumplieron los criterios de inclusión de experiencia laboral en el puesto de trabajo, y con atención directa a pacientes en contextos estresantes, de atención a la gravedad o situación terminal. Tan sólo una persona tenía una experiencia de casi 10 años, el resto estaba por encima, superando en algunos casos 20 años en dicho puesto de trabajo.

Respecto a la experiencia laboral total, los extremos fueron de (15 a 39 años). Se trata pues y de forma mayoritaria, de personal con una trayectoria laboral muy amplia, y como se suele decir “con tablas y curtida” en la actividad asistencial.

Se observa en la primera evidencia, que la persona señala una gran relación de su

¹⁰⁵ Los párrafos se encuentran separados entre corchetes. La transcripción corresponde a distintos fragmentos de la entrevista.

estado de salud percibido y real, como consecuencia de la actividad laboral (turnicidad), pero en absoluto como consecuencia de la atención a pacientes, todo lo contrario como posteriormente indicó. El resto de personas no manifestaron problemas de salud relevantes, salvo los propios de la edad y el período estacional (invierno).

Respecto a las revisiones de salud realizadas, no parece observarse una sistemática institucional establecida, puesto que las entrevistas recogen variabilidad de las mismas. En dos casos concretos se señala un seguimiento especial, por el tipo de riesgo para la salud (riesgo químico y biológico) como se recoge a continuación. Sin embargo no se indican revisiones de tipo psicológico, como en algunos casos se pide.

— [*“Nos suelen hacer y como ahora están más metidos, y como nosotros trabajamos con citostáticos que tenemos más riesgos, entonces suelen hacernos alguna revisión más”*]. (♀/36/HOSPITAL DE DÍA/07).

— [*“bueno es que yo cada vez que salgo de cooperación me hago una, paso por los servicios de atención al viajero porque bueno, porque es muy importante ir bien...”*]. (♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06).

Pregunta B. Contextualización del entorno laboral:

1. Actividad asistencial y CVL.

— [*“...no tienes noción del tiempo, no tienes noción de comer, no tienes noción de dormir. Tu tienes que intentar llegar al sitio que normalmente vas a cruzar el mundo y en el menor tiempo posible para intentar rescatar a la gente de debajo de los escombros, al mayor número de gente posible, con lo cual todo eso es un estrés que vamos te pones de 0 a 100 el día que ha ocurrido que lo sabes, durante, e in situ por supuesto y bueno cuando vuelves ya, has estado tanto tiempo en un estado eufórico y tal y vuelves agotada y tampoco te da tiempo mucho a reaccionar. Tiene que pasar un poco de tiempo para pensar y decir qué es lo que he hecho dónde me he metido y tal. Hay que yo todavía me acuerdo y ocurrió en el 2010, qué locuras cometí para ir al terremoto de Haití, o sea unas locuras bestiales que podíamos haber caído todos pero bueno... Por ejemplo montarte en una avioneta con garrafas de litro de gasolina cuando está super prohibido”*]. (♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06).

— [*“El problema viene cuando no hay otra cama, cuando no hay posibilidad de que un paciente pues por su situación en ese momento pues que es cambiante, pues una UCI, pues no esté en condiciones de salir de alta, hay que buscar otra cama en otro sitio en el hospital para trasladar a algún paciente que no esté para ir a sala pero puede ir a críticos en fin, hay que buscar hueco, entonces este es quizás el estrés”*]. [*“...”si no hay situaciones de emergencia que requieran un gran despliegue de medios, personal o que por su gravedad impliquen el riesgo inminente de muerte de un paciente,... la verdad es que es un trabajo*

que es agradable, es muy agradecido”]. [“...-en esas situaciones, te sientes pues como envuelto en el caos cuando empieza a haber como digo "pollo sin cabeza", pues personal que va que viene, que trae cosas que se duplican cosas, eso es una situación que rápidamente entiendo que hay que atajar, reordenar es decir hacer un reset...”]. [“Yo no sé, me parece que esto es lo más grave, prefiero el monitor sujeto con un esparadrapo que un compañero en esta situación de sufrimiento, y yo he visto muchas compañeras y algún compañero irse llorando a su casa y volver al día siguiente y nada más entrar retomar el llanto del día anterior, por la responsabilidad”]. (♂/57/REA_CARD/01).

— [“...igual entras y vas a la rutina que entras y tienes corriendo, corriendo, corriendo, pon vía, pon tal, pon cual, entonces vamos a ver tú ahí realmente no piensas...”]. (♂/59/UCL/02).

— [“Esto puede generar para profesionales fuera del ámbito del SAMU, puede generar estrés solo de pensar que se tienen que enfrentar a cualquier situación, y tienen que estar preparados para atender cualquier cosa”]. [“Es chocante, estás atendiendo una convulsión y luego una persona que se ha quitado la vida”]. [“Te ves a la policía con chalecos antibalas, con su casco y nosotros así con nuestro chaleco con nuestra ropa, los acompañamos con ellos porque ha habido lesiones y aún está el motín en marcha, y vas viendo la policía con las metralletas. Pues ahí es estresante para nosotros porque estamos inseguros y tenemos que trabajar“]. [“... lo que sí va a ser muy caótico para nosotros, muy muy estresante es la catástrofe, o sea que es un intermedio entre accidente de múltiples víctimas y catástrofe. El accidente de metro, o sea cuando ya viene, o estamos, o pasara en un Corte Inglés 120 víctimas”]. (♀/38/SAMU/04).

— [“¿Qué puede ocurrir? pues que salga alguna urgencia, que te encuentres algún paciente que pueda sufrir un accidente o sufrir cualquier infarto y es cuando normalmente tienes algún pequeño problema...”]. (♂61/AP/05).

— [“...es estresante el pasillo pues cuando vienen cosas a reanimación que son pues, pueden ser paradas, o pueden ser gente que viene con mucha disnea o son tráficos, entonces eso sí que crea un rato de estrés...”]. (♀/50/URG/08).

Respecto a algunas de las situaciones, podemos observar que aquellas que rompen la rutina, son imprevistas, se trata de una urgencia vital en la que peligra la vida de la persona, la falta de criterio de actuación y organización del equipo, o falta de recursos personales y/o materiales, todo ello supone tensión y estrés, riesgo para la salud, y complican el tipo de asistencia prestada.

2. Relación entre los distintos/as profesionales/compañeros/as y CVL.

— [“Si hay una buena comunicación, hay un control de las distintas áreas, el área médica y el área de enfermería, pues entonces se suele dar independientemente del resultado, se suele dar de una manera satisfactoria”]. [“Antiguamente, pues antiguamente me refiero pues hace 6 o 7 años, pues anualmente se hacían 2 o 3 comidas o cenas o celebraciones para todo el

servicio donde acudíamos todos, y esto pues reforzaba este aspecto con el resto del equipo”]. [“... es muy valioso esa comunicación, por eso yo digo: las relaciones personales creo que ayudan mucho a esto, a la relación laboral también, a mantener el ambiente fluido...”]. (♂/57/REA_CARD/01).

— [“...el ambiente es bueno, hay compañerismo porque es un servicio que se presta a ello y la gente que ha ido llegando nueva se ha impregnado de ese compañerismo. Es una cosa que se aprende rápidamente porque tú estás solo en los domicilios normalmente, entonces a veces puedes necesitar de un compañero que esté cerca.”]. (♂/48/UHD/03).

— [“Entre los distintos compañeros nos llevamos bastante bien, con lo cual, con eso no tenemos ningún problema.”]. (♂/61/AP/05).

— [“... yo con mis compañeros tengo que comentar los problemas que hay, pedir ayuda en ocasiones, dar ayuda, cuando ayudas a un compañero te sientes muy bien, estás ayudando a un compañero y al paciente, y te sientes muy bien cuando puedes hacerlo”]. (♂/59/UCI/02).

La relación con los distintos compañeros/as es fundamental según se indica. Es más, se buscan espacios de tiempo para poder seguir manteniendo esa cercanía mediante celebraciones o reuniones. Todas las entrevistas indican la importancia que supone mantener esta situación de cara a generar un buen clima de trabajo, lo cual repercute directamente en la calidad de la atención y seguridad para las personas atendidas.

3. Atención a pacientes.

— [“Bueno para mi atender a pacientes, pues es una de mis elecciones en la vida, es una de mis elecciones en la vida y para mí es una fuente inagotable de experiencias desde que empecé hace 30 años y que para mí supone una certificación de mi crecimiento personal y profesional”]. (♂/57/REA_CARD/01).

— [“Un trabajo bien hecho, un paciente que has podido ayudar, te compensa absolutamente”]. (♂/59/UCI/02).

— [Después lo que sí que me he dado cuenta en el tiempo que llevo aquí, en los 9 años que he estado en esta unidad, que es muy importante conocer a los pacientes y a las familias. Eso es fundamental, tienes mucho ganado con eso vale. Eso para mí es muy positivo porque sólo con ver la cara al paciente o a la familia, sabes si las cosas van igual, mejor o peor. Para mí la verdad es que es positivo porque el trabajo es un contacto muy humano con las personas y a mí eso me va, esa faceta me va mucho no, entonces para mí es gratificante poder ayudar a la gente no, a yo que sé con simples cosas puedes facilitarles la vida sobre todo, me siento a gusto con cualquier tipo de paciente, pero con los que más desarrollo, desarrollado me encuentro es con los pacientes paliativos, y bueno para mí es satisfactorio]. (♂/48/UHD/03).

— [“Es una vocación...”]. (♀/38/SAMU/04).

— [“Bueno depende del paciente. La mayoría de las veces te sientes bien y el paciente

responde bien. Cuando te entra un paciente conflictivo es cuando te encuentras mal y es cuando en esos momentos te presentarías en un estado que dirías, mira lo atiendo y que se vaya, no quiero saber nada más. Pero por lo general estás a gusto con los pacientes.”]. [“La gente joven no lo sabe, porque la gente joven llega, ven personas mayores y no saben cómo actuar. Lo que ocurre es que con la edad al final sabes cómo actuar y sabes lo que va a dar de sí y cuando llegas a un domicilio y ves a un paciente, ya le explicas a la familia las expectativas que hay...”]. (♂61/AP/05).

— [“Para mí una satisfacción, porque sí que es verdad que son pacientes pues como te estaba diciendo, que son pacientes difíciles, pero son pacientes muy agradecidos, muy agradecidos“]. (♀36/HOSPITAL DE DÍA/07).

— [“el atender a los pacientes para mí es muy importante y además es que me encanta y les suelo gastar bromas, la gente se ríe, a veces gente que va asustada o lo que sea, les gastas una broma y parece que dicen ay mira.“]. [“Yo me acuerdo hace ya muchos años cuando, estábamos 4 o 5 años allí que entró una madre con un niño al brazo que lo había atropellado un coche haciendo marcha atrás, y se murió. Allí salíamos llorando todos, y bueno estas preparado para estas cosas, pero no estás nunca preparado“]. (♀50/URG/08).

La atención directa a pacientes no supone problemas salvo situaciones muy puntuales en las que el paciente sea conflictivo. Mucho más, es la gratificación, el bienestar psicológico y crecimiento personal que se obtiene de la relación de ayuda a la persona que lo necesita. Esto último vinculado a un fuerte componente vocacional. No obstante la falta de experiencia, puede suponer en las nuevas generaciones que se incorporan al mundo laboral, problemas a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes, graves o en las que la persona se encuentra en fase terminal. Aquí la veteranía es un grado.

Pregunta C. Desarrollo de la actividad asistencial y «autocuidado»

1. Variables predictoras del modelo y CVL.

— [“Vamos a ver, esto es un aspecto que evidentemente ya tendréis claro que hay una interacción entre las 6 variables muy importante”]. [“La que más te va a ayudar es tu formación personal, la capacidad para reflexionar, la capacidad para implementar cuidados, la capacidad para aprender situaciones y para aprender recursos que están a tu disposición, pero que tú no conoces”]. [“...la SC, sea tan importante o más que la FC”]. [“... si eres capaz de equilibrar la SC con la FC, creo que el burnout pasa a un segundo término fíjate”]. [“De todas estas variables, hombre yo creo que vamos a ver la autoconciencia pues lo entiendo como una situación en la que sabes lo que estás haciendo, para lo que lo estás haciendo y por qué lo estás haciendo, es decir estás en una situación de saber quién eres introspectiva y externamente también. Es decir esto es lo que creo que es importante, que sepamos exactamente qué es lo que hacemos y cuál es nuestro cometido inmediato...”]. [“Si no fuera por la otra, el otro aspecto del cuidado, la que denomináis SC,

yo creo que ya habríamos abandonado el 80%, seguro además, seguro porque es muy difícil, es muy difícil”]. (♂/57/REA_CARD/01).

— [*“La formación podría afectar lo que pasa es que para mí me llega tarde, quiero decir a gente que empieza, que empieza o que tiene pocos años de experiencia sí que podría ayudarle, podría ayudarle en mucho ahí hay gente que se desespera ante la muerte, se desespera ante el sufrimiento, se desespera ante todo, ante lo que ocurre allí, y una de dos o renuncian o se hacen más duros, más duros en qué sentido en no quiero ver, no quiero oír y no quiero hablar. O sea como los monos”]. (♂/59/UCI/02).*

— [*“... cuantos más años tienes, cuanto más mayor eres, más experiencia profesional tienes. Para mí supone tener un bagaje más amplio y ser un factor protector frente al estar quemado a la FC, para mí es un factor protector la edad”]. [*“la experiencia profesional y la formación específica son muy importantes, si tienes formación específica sobre los temas SC, la FC o el Burnout, eso es un factor defensivo muy importante”]. [*“Si no tienes esas herramientas, si no tienes esa formación, vas metiéndolo todo en la mochila, vas metiendo todo en la mochila hasta que te hundes vale”]. (♂/48/UHD/03).***

— [*“... yo creo que a mayor edad, que habrá también probablemente si continuas en el mismo servicio, mayor experiencia profesional, puedes llegar a tener mayor burnout, incluso fatiga por compasión dependiendo del servicio si es estresante”]. [*“...si yo tengo una buena autoconciencia, y un buen afrontamiento de las situaciones estresantes, voy a evitar la fatiga por compasión y el burnout”]. (♀/38/SAMU/04).**

— [*“... Mira la edad sería una variable predictora muy importante porque lógicamente, porque sí, porque yo cada vez me voy haciendo mayor, porque el cruzar el charco y cruzar eso te desgasta mucho, el no dormir en tu cama, el no comer todos los días adecuadamente, el comer lo que puedes, psicológicamente estás apartada de tu familia y de tu entorno y de tu tal...”]. [*“La formación específica no me ha afectado a mi CVL. En cuanto que no la he recibido, y no puedo. Ha sido fruto de la experiencia, ha sido fruto de los conocimientos, de hablar, de andar de aquí para allá, de sudar la camiseta. Es empírico como antiguamente”]. (♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06).**

— [*“La autoconciencia yo creo que es lo que nos salva muchas veces de decir ahora lo envió todo a la mierda hablando en plata y cambio de profesión...”]. [*“Yo es que creo fíjate, todas todas son importantes. Cada una en su medida, pero yo creo, o sea te he dicho una por decir una, pero para mí realmente son todas importantes, o sea no puedo decir esta es más importante que la otra, porque en conjunto, es que es el conjunto todo lo que hace la CVL”]. (♀/50/URG/08).**

— [*“mi experiencia es lo que hace que yo tenga un buen manejo o peor manejo y eso me ayuda a tener una buena CVL”]. [*“Muchas veces, yo es que soy una persona que empatizo mucho. Entonces cuando yo estoy viendo que eso me está afectando mucho a mi vida personal, intento, por ejemplo yo cuando me implico demasiado en un paciente, y me llevo esa historia a casa y eso me hace pensar mucho, pues lo que intento es hacer un distanciamiento de ese paciente”]. (♀/36/HOSPITAL DE DÍA/07).**

Respecto al papel que cumplen las distintas variables predictoras de la CVL, se ha observado gran variabilidad de la importancia otorgada a las mismas. Lo que sí que ha quedado reflejado, es que como consecuencia de la edad y vinculado a la gran experiencia laboral concretamente en el tipo de servicio en el que trabajan, ello ha actuado como factor compensador de los déficits que pudieran existir por otro lado para poder seguir manteniéndose en el puesto de trabajo o incluso haber cambiado de profesión. No obstante es señalada la gran relación que existe entre todas ellas, cosa que ha hecho que no pudieran afirmar con rotundidad en muchos casos cuál era la más importante. El afrontamiento de la muerte, está enmascarado con el resto del discurso y no parece tan representativo, seguramente porque no están constantemente enfrentándose a dicha situación. La formación ha sido señalada sutilmente dada la evidencia de su ausencia. De todas formas de la lectura se desprende una tendencia hacia la autoconciencia, ser reflexivo de qué es lo que estás haciendo, cómo, con qué y para qué. También se han establecido relaciones entre el papel del bienestar psicológico y de la SC, que protegen frente al burnout y la FC. La capacidad de crecimiento personal y el poder acompañar las situaciones de sufrimiento, es valorado muy positivamente y si algo han podido aportar con ello es más que suficiente, a pesar de que todo esto suponga un desgaste profesional.

2. «Autocuidado» y CVL.

— [“... si tú estás bien a nivel social, a nivel familiar, ya como te he dicho yo soy una persona muy social que me gusta mucho entrar y salir, entonces yo con esta dimensión tengo una buena CVL también. Llego al trabajo en mejor situación de afrontamiento de cualquier situación”]. (♀/36/HOSPITAL DE DÍA/07).

— [“... en la dimensión física, yo intento pues más o menos comer sano, lo que pasa es que el día que vas a trabajar es un desastre... El descanso, el descanso, eso lo llevo yo mal. Yo lo llevo mal porque yo después de una noche soy incapaz de acostarme y continuo mi día a día”]. [“Y luego deporte y actividad, intento salir a caminar”]. (♀/50/URG/08).

— [“El autocuidado en cuanto al físico, yo sí que hago ejercicio físico, mira, lo mejor para mí me encanta ir en bicicleta y yo vengo a trabajar en bicicleta todos los días aunque llueva, y para mí es necesario...”]. [“Bueno en la alimentación yo me cuido porque yo soy una exagerada, no quiero estar gorda y yo me cuido siempre muchísimo...”]. [“Yo sí que tengo, yo no soy católica practicante, pero yo sí que creo, creo en algo, y se llamará Dios y tal. Y bueno pues sí me ha servido, yo lo utilizo para muchas veces tener momentos de meditación y hablar con esa persona igual que los que hacen budismo tienen meditación con buda, yo tengo meditación no sé, llámese Dios, llámese la virgen, llámese con quien quiera o llámese con el espíritu santo. Hablo, hablo internamente y expreso y pregunto y es un feedback, no

me puedo contestar e intento yo contestarme a esas preguntas que me daría. A mí me ha ido bien y yo de momento tal...”]. (♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06).

— [*“Si tú cuando sales de tu trabajo, tienes otra actividad, te desligas un poco del trabajo y cuando llegas, llegas distinto en el sentido que empiezas como si te has olvidado lo que tenías, si tienes gente con la que hablar cuando tienes algún problema, pues normalmente sí que ayuda a evitar tener estos problemas, sobre todo el burnout y la FC exacto. Normalmente si tú llegas al trabajo, y llegas bien y te encuentras bien y tienes buenos apoyos con quien hablar, tienes normalmente que no te afectaría”]. [*“Sí que son los compañeros o la gente, la familia, la mujer con la que normalmente cuando llegas a casa y has tenido algún problema que es la persona que tienes más confianza en este caso, a la que comentas las cosas. Entonces descargas cualquier situación”]. (♂61/AP/05).**

— [*“Día que tengo un momento hago deporte porque me hace sentirme bien, intento tener un cuidado psicológico que me ayuda el propio deporte también...”]. [*“hacer actividades que te llenen emocionalmente, tener contacto con gente que sea agradable para ti...”]. [*“Para mí es muy importante el lema de no vives para trabajar sino trabaja para vivir...”]. (♀/38/SAMU/04).***

— [*“Tienes que descansar, tienes que estar bien alimentado y llevar una vida saludable, pero sobre todo en el tipo de trabajo cuando estás cuidando a pacientes paliativos, la dimensión psicológica para mí es muy importante. Tienes que tener la mente muy organizada y para mí es fundamental. La dimensión espiritual también, y bueno la dimensión social de apoyo, es muy importante tener buenos apoyos sociales no, porque vives momentos difíciles, sí que es verdad que necesitas evadirse de eso. Aunque la mayoría de los profesionales que nos dedicamos al cuidado de los pacientes paliativos, sí que tenemos una capacidad de desconexión importante cuando termina nuestra jornada laboral”]. (♂/48/UHD/03).*

— [*“De mi autocuidado yo me refiero a que estos procesos hacen que la vida de la enfermera o del enfermero en general sea un poco un poco ecléctica, un poco de desastre es decir, no tienes horario de comidas, no tienes horarios de descanso y esto hace que el resto de tu vida gire alrededor de la planilla en vez de alrededor, de alrededor de tu persona de lo que es tu persona tu yo, tu yo físico, tu yo intelectual, tu yo social y tu yo familiar y laboral o sea. Tú eres tú y tu planilla”]. (♂/57/REA_CARD/01).*

— [*“Realmente el descanso por ejemplo, yo lo valoro mucho, el problema es que tú no descansas por la noche, quiero decir tu descansas siempre que puedes. Una hora a la siesta, 4 horas por la noche, luego te despiertas, luego juegas al ordenador, lees, para mí la lectura es un descanso, el ordenador es un descanso. La alimentación saludable no la llevo. También es verdad que de vez en cuando sí que es verdad que hago dieta, una dieta saludable pero es más por motivos estéticos que por motivos de autocuidado. Y de psicológico. Lo que te comentaba antes esa ética que la tienes de origen cristiano o no cristiano, pero te ayuda mucho pensar que lo haces lo mejor que puedes y lo mejor que sabes, y que no dejas en el camino nada”]. (♂/59/UCI/02).*

Esta pregunta también ha supuesto una gran variabilidad, respecto a las dimensiones del «autocuidado» y sobre como intervienen en la CVL. Seguramente porque resulta difícil desligar la naturaleza humana en (biológica, psicológica y social), y porque la vida no funciona por partes. La persona es un conjunto integrado y los aspectos biológico, psicológico y social se afectan entre ellos. Sí que se le ha atribuido una gran importancia al «autocuidado» en general, pero el referido al físico, apunta a un interés personal, moda, o por mantener un nivel estético agradable. Este aspecto queda menos controlado como consecuencia de la disponibilidad de hacer ejercicio, dieta y descanso. Lo que sí que se ha indicado es la importancia que tienen las relaciones sociales con otros/as profesionales, familia y amistades que sirven para desconectar y como apoyo. Por otro lado en función de la actividad desempeñada junto con el «autocuidado» social, se considera importantísimo el psicológico, al tratar con situaciones de estrés y sufrimiento de personas. Así como el «autocuidado» externo, y social pueden escapar al control personal por el tipo de actividad desempeñada, el «autocuidado» interno o psicológico y la autoconciencia, forman parte de la propia naturaleza humana, y en ambos casos es difícil de arrebatar. En muchos casos se ha oído decir que el desgaste psicológico es superior al físico. Y esta es la realidad que impregna los discursos.

3. Factores de impulso y barrera del «autocuidado».

— [*“Yo ya no tengo fines de semana desde hace 20 años o 30 años, porque para mí el fin de semana puede caer en martes y miércoles, ese es mi fin de semana, y no es el de mi mujer, mi familia o el de mis amigos o el del espectáculo tal, o tal otra atracción, yo ahí no participo ni social ni familiarmente”*]. [*“Uno de los aspectos que más me ha fastidiado y mira que hacía muchos años que a mí no me fastidiaba nada, esto que te sientes no sé cómo no sé si decir poco reconocido poco valorado, poco no sé, una puyita nada importante pero sí una puyita, es el haber tenido que pasar este verano, este último verano el haber tenido que pasar este último verano el mes de julio yo solo hablando con el perro porque mi mujer estaba trabajando y yo estaba de vacaciones”*]. (♫/57/REA_CARD/01).

— [*“Yo hace ya 5 años que no he podido irme de vacaciones. Si pudiera irme, ¿estaría mejor? pues no lo sé, pues probablemente sí, si cuando me da la gana tengo tiempo entre el trabajo, pudiera irme al cine o a pasear más a menudo, cosas así pues probablemente estaría mejor, pero como la vida personal y familiar interacciona en la vida laboral, es muy difícil, y desde luego desde el trabajo no me van a arreglar nadie la familiar, ni pueden, ni quieren”*]. (♫/59/UCI/02).

— [*“Básicamente para mí las dos cuestiones más importantes serían para tener un buen autocuidado, estar bien en el trabajo profesionalmente repito y a nivel familiar”*]. [*“Vamos*

a ver lo que puede obstaculizar los procesos de autocuidado es la organización del trabajo”]. [“El trabajo de enfermería está muy mal organizado, está muy mal organizado. Prácticamente no te queda tiempo. Hay veces que te ves como un esclavo, sobre todo claro los turnos, turnos rodados, sobrecarga de trabajo, me repito otra vez, la mala organización del trabajo, las libranzas como están organizadas, el trabajar la mayoría de fines de semana”]. (♂/48/UHD/03).

— *[“Sí por supuesto cuando hablamos de formación específica de competencias emocionales. O sea el tema psicosocial, en otras comunidades se abarca en extrahospitalaria. En nuestra comunidad no, no hay. Hay un déficit de cuidado psicosocial a los trabajadores del ámbito de emergencias extrahospitalarias y es imprescindible”]. (♀/38/SAMU/04).*

— *[Entonces si tiene un trabajo bastante estresante por los horarios, los turnos, es cuando a lo mejor le impide hacer esas cosas”]. (♂61/AP/05).*

El problema señalado que actúa y bloquea el «autocuidado» es la disponibilidad de tiempo para poder dedicarse a estar con la familia y amistades. Sobre todo ello va referido a las formas en las que está organizado el trabajo para poder dedicarse tanto al «autocuidado» físico como al social. También importante, la formación sobre estos temas, puesto que por ejemplo se echa en falta el «autocuidado» psicosocial por parte de las instituciones. Se observa por tanto una doble responsabilidad.

4. Frecuencia y acciones de «autocuidado».

— *[“La frecuencia pues normalmente 3 días a la semana y algunos fines de semana pues con grupos de compañeros o amigos pues, deporte en gimnasio y luego el tema del refuerzo, yo creo que lo hacemos el tema del refuerzo psicológico lo hacemos todos los días cuando trabajamos tenemos un ratito de charreta, sea en el café sea tal o cual, o cuando reflexionamos sobre algún caso”]. (♂/57/REA_CARD/01).*

— *[“... lo que te he dicho de leer, el ordenador, el fumar ya sé que no relaja, pero a mí me relaja, cuando estoy muy quemado, me bajo si puedo y el fumarme un cigarrillo pues me relaja quieras que no...”]. (♂/59/UCI/02).*

— *[“Vale pues lo que más hago normalmente es ir a andar porque antes iba a correr, hacía footing hace muchos años pero tengo lesiones en la espalda y me aconsejaron entonces me dijeron que el mejor ejercicio que podía hacer era o ir a andar a un ritmo rápido o natación. Lo que pasa es que los horarios de la piscina que tengo más cercana son bastante incompatibles con mi vida familiar. Pero bueno sí que lo suelo hacer si puedo 2 o 3 veces a la semana vale. Quedar con los amigos, normalmente sí que me gustaría quedar más pero bueno 1 o 2 veces al mes quedo, o quedamos. Y el motivo es vamos, es porque yo creo que es necesario como he dicho antes hace un rato durante la entrevista. Eso es fundamental para mí, en la vida de cualquier persona poder relacionarse, tener tus ratos de poderte reír*

de contar cosas de no sé de, de disfrutar de la vida, para mí eso es disfrutar de la vida, quedar en un sitio en una terraza, estar tomándote, charlando, riéndote, y bueno hacer ejercicio físico es fundamental para para encontrarte bien, para poder descansar bien, para tener una mente sana no”]. (♂/48/UHD/03).

— [“El físico lo hago diariamente eso está claro. Además tengo un perro y eso para mí es fenomenal y me gusta pasear, caminar con él, hablarle, contarle”]. (♀/52/COOPERACIÓN-VOLUNTARIADO/06).

En general todas las entrevistas coinciden en la necesidad de tener un «autocuidado» global por el simple hecho de estar bien, lo cual se traslada evidentemente al entorno laboral para la mejora del desempeño asistencial. La actividad física moderada, la buena alimentación, las reuniones con amistades y familiares son las que más se reflejan.

Se matiza en cambio una diferencia respecto a las dimensiones del «autocuidado». En el caso de la dimensión física o externa, la frecuencia del mismo es variable porque se entiende como un tema particular y de oportunidad en función de la jornada laboral. La dimensión social condicionada parcialmente por el hecho de poder disponer de otros compañeros y compañeras para dialogar sobre temas del trabajo u otros según la necesidad. Queda descubierto en este caso la parte familiar y de amistades, debido a la turnicidad. El «autocuidado» interno o psicológico, queda incorporado cuando la persona está bien, tiene un buen «autocuidado» social, se refleja de forma permanente y es el más desarrollado de diferentes formas.

5. «Autocuidado» y desempeño asistencial.

— [“Por supuesto, lo que ya he comentado, las implicaciones son la capacidad, la potencia con la que yo me siento capaz de afrontar situaciones de todo tipo, de autocuidado que desde el punto de vista físico, desde el punto de vista psicológico, desde el punto de vista social, del grupo, claro esto me da capacidades que si no, no las tendría vamos, desde luego en mi actividad diaria por supuesto. Sobre el paciente, sobre toda mi actividad laboral. Sobre el paciente se nota muchísimo. Sobre la institución también se nota. Sobre el paciente también se nota, me lo decía el otro día una señora y claro yo se lo agradecí mucho. Me decía que buen ánimo tiene usted y no es la primera vez que me lo dicen y cada vez que me lo dicen pues yo pues me siento mejor y esto me refuerza, que buen ánimo tiene usted”]. (♂/57/REA_CARD/01).

— [“Y luego si yo tengo un buen autocuidado para mí es mucho mejor el desempeño asistencial. O sea, influye positivamente en el desempeño asistencial”]. (♀/38/SAMU/04).

— [“Cuando mejor está tu autocuidado claro pues mejor calidad asistencial, mejor calidad asistencial das pero vamos”]. [“porque se supone que vas a tener menos bajas laborales si

estás bien cuidado, si el autocuidado es bueno y después vas a proyectar una buena imagen de la institución para la que tu trabajas, al contrario de si estás hecho polvo, estás cansado, estás deprimido, pues no vas a poder dar lo mejor de ti”]. (♂/48/UHD/03).

— [*“Hombre sí, implicaciones sí que tienes porque si yo estoy mal, el enfermo, yo no voy a tratar bien al enfermo, el enfermo no va a estar bien, y yo no voy a estar bien. Entonces es como un círculo vicioso, es como el pez que se muerde la cola. Entonces tú tienes que estar bien, porque si no estás bien lo transmites y si lo transmites, te lo transmiten a ti”]. (♀/50/URG/08).*

Todas las afirmaciones indican la ventaja del «autocuidado» en beneficio de la actividad asistencial. Mejora el bienestar de la persona cuando va a trabajar, repercute directamente sobre la persona atendida, mejora la calidad asistencial, y es un valor añadido para la institución sanitaria.

6. Desarrollo del «autocuidado».

— [*“Hombre yo creo que con una turnicidad adecuada. Vuelvo a mi manía al problema de los turnos. Si fueran unos turnos más antiestrés, porque estos se llaman antiestrés, pero realmente es una merdó. Si en el trabajo las exigencias, no fueran, increíble ahora es increíble, pam pam pam pam, pam pam, es que se está transformando el trabajo como si fuera una cadena de montaje”]. (♂/59/UCI/02).*

— [*“Es decir estas cosas son las que en cualquier empresa, en cualquier empresa se potencian a niveles máximos, es decir la sinergia y que la gente se involucre, en la nuestra no, en la nuestra en estas últimas temporadas pues no, realmente no está ocurriendo y no sé hasta dónde llegará. [“Sí, sí, yo creo que sí, yo creo que sí que se puede hacer, de hecho en muchas empresas hay gabinetes que se dedican al coaching o al asesoramiento, en los hospitales no. Somos nosotros los que asesoramos y a nosotros quién nos asesora, o sea quién nos ayuda, quién nos apoya, no lo hay, y yo creo que sí, sí que se podría y se debería y además sería muy importante, sería francamente importante“]. [“se podría hacer, yo creo que sí tanto en el currículum en el pregrado como en el postgrado“]. (♂/57/REA_CARD/01).*

— [*“Conocemos que incluso las empresas como Google tienen sus espacios sociales, de hablar de otras cosas, de descanso de mini siestas, incluso de ejercicios, de masajes o de yoga no”]. [Creo que es un tema muy importante y muy interesante que acompaña al tema asistencial de trabajo y que no está cuidado, que no se le da la importancia al tema de la CVL, no se le da la importancia que merece, y que hay muchas bajas laborales, o sea la incapacidad laboral que tenemos no solo en la Comunidad Valenciana, en España es brutal”]. (♀/38/SAMU/04).*

— [*“sí que sería la administración la que tendría que planificar, ofertar unos horarios que la gente pudiera tener unos turnos fijos a elección de ellos para que tuvieran una vida un poco más a nivel de familia, poder estar con su familia, y no tener que estar siempre con*

turnos distintos. Sería un compromiso de la administración de decir, así la gente sabe que puede estar con sus hijos, puede estar con su mujer, puede salir”] (♫61/AP/05).

Se constata la necesidad de actuar de forma institucional para que las personas puedan cuidar y estar cuidadas. A nivel personal muestran interés en poder participar de diferentes formas, o bien como alumnado para formarse en este caso, o con una implicación más directa en función de la disponibilidad. Se indican situaciones en las que ello sí que es posible, pero en nuestro contexto actual, ni todas las empresas han tomado esa iniciativa, ni consideran que se vaya a tomar. No solamente se indica la necesidad en sanidad, también se ha recogido la implicación en la formación académica de las titulaciones de grado y en la formación postgrado para las nuevas generaciones.

7. ¿Deseas añadir alguna cosa más?

— [“Pues hombre me ha parecido muy interesante la entrevista y bueno que te añadiría, pues me ha parecido muy interesante. ¿Cómo puede? y tengo curiosidad por saber cómo afectan estas variables a la CVL, cuál afecta más que otra, que tengo la curiosidad de saber esto cómo acabará que ya me lo contarás”]. (♫48/UHD/03).

— [Me parece que es un estudio interesante, en cuanto a que pocas veces, pocas veces me han preguntado, me han entrevistado sobre este tema, y la verdad es que como te he comentado hace un rato, esta palabra creo que la empecé a oír hace 30 años y desde entonces nadie me ha preguntado, y entonces esto es una reflexión que ahí lo dejo, y creo que es una investigación muy interesante. Luego faltará que llegue a los puertos que tiene que llegar pero que si no está pues no puede llegar, así tenemos una oportunidad”]. (♫57/REA_CARD/01).

Esta última pregunta, sirvió para agradecer la participación y concluir la entrevista. Se observa que es un tema novedoso, y que resulta interesante e importante ser abordado para que mejore la situación en la que se encuentra el colectivo sanitario.

Todas las entrevistas codificadas fueron devueltas a las personas que participaron en el estudio. Junto a ello se entregó al mismo tiempo el gráfico correspondiente sobre aquello que más destacaba dentro del discurso y en relación a la CVL.

➤ **Entrevista posterior**

Concluidas todas las entrevistas y habiendo observado, de forma repetida y constante, la referencia en las mismas a los aspectos de horarios y jornada laboral, el investigador consideró oportuno profundizar un poco más en este tema emergente y que en todos los discursos de las personas que habían sido entrevistadas, era señalado como muy problemático. Para ello se localizó a una nueva persona que pudiera bajo su buen

conocimiento ampliar un poco más sobre este tema¹⁰⁶.

La persona a la que se le realizó la entrevista, es una enfermera que ha estado desempeñando su trabajo en un sindicato (liberada sindical) en los últimos años.

Entrevista realizada a: ♀//ENLACE SINDICAL/09

➤ *¿Cómo crees que repercuten los turnos en la CVL?*

— [*“A ver, cuando uno está con un turno que es adecuado a sus condiciones de vida normales, está más contento en el trabajo, y lo que yo he notado es que la gente cuando está contenta en el trabajo, es cuando más rinde y mejor trabaja”*].

➤ *¿Qué es el turno antiestrés?*

— [*“Pues es un turno que se inventaron pero se supone que para tener más libranzas, pero hay mucha gente que no le gusta para nada ese antiestrés incluso dicen que es al contrario, más estresante”*]. [*“La gente la tendencia que tiene es que no quiere un turno normal de 7, 7, 10 de jornada habitual, y están por turnos de 12 incluso los de 14. La gente lo que quiere ir es menos días al hospital a nivel general y tener más libranzas”*].

➤ *¿Todos los turnos son adecuados para los tipos de servicio y atención que se hace?*

— [*“Es que una cosa, porque esto es un tema conflictivo porque el trabajador se siente bien y si yo me encuentro bien, quiero venir menos días a trabajar y entonces trabajo más y estoy más contento y trabajo en un turno de 12:10. Pero sí que es verdad que no puedes ofrecer la misma calidad al paciente si estás 7 horas que si estás 12. Entonces en algún servicio ha costado mucho implantar este turno pero al final han cambiado todos”*].

➤ *¿Has dicho que hay turnos que no son adecuados para cualquier tipo de trabajo?*

— [*“Es como todo, porque luego esto también influye mucho a nivel personal, pero esto pasa como todo. Las normas se hacen en general, no se individualizan. Entonces es que hay gente que si puede trabajar 12 horas perfectamente y lo hace bien, y hay gente que a lo mejor..., pero quien le dice a una persona pues tú creo que no, mejor no lo haces. O hay turnos de una forma o de otra, y en general la gente quiere turnos de 12:10, de 12:12 o de 14:10, pero vamos sí la gran mayoría sí”*]. [*“El que predomina es el de 12:12. Pero existe la problemática de si es legal o ilegal. Porque en teoría según el decreto de jornada, más de 12 horas no se deberías de trabajar, pero bueno es como todo”*].

➤ *¿Cómo ven las direcciones el tema de los turnos?*

— [*“Pues depende de las direcciones, ha habido direcciones que por nada del mundo implantaban 12 horas y otras que las implantan. La mayoría de las veces te ponen condiciones, pues vale os dejo hacer 12 horas, pero a cambio si falta alguien me tenéis que tal. Siempre a cambio de algo normalmente. Comprensible entre comillas”*]

➤ *¿Pero están en contra del turno por el tipo cuidados prestados?*

¹⁰⁶ Del total de la entrevista que duró aproximadamente 17 minutos, se recogen algunos fragmentos de la misma. Aquellos que más representan la problemática señalada en las entrevistas realizadas.

— [*“Sí porque se considera que son muchas horas, que no se puede rendir igual, y que el seguimiento del paciente no era el adecuado. O no podía ser el mismo. [“Pero es igual como tienen siempre la sartén por el mango, que la capacidad organizativa es de ellos, y consideran que no tal”].*]

Se puede observar que la regulación de la jornada laboral, (horas y turnos de trabajo), supone un serio problema por varios motivos:

- Las personas entrevistadas, han atribuido a este aspecto, el origen de la situación de malestar, agotamiento, estrés, y burnout. No ha sido relacionado con la atención de pacientes.

- Esta situación es corroborada por la última entrevista, que dada su situación y actividad, es gran conocedora de este tema (la turnicidad del personal sanitario).

- Existe pues una relación muy estrecha, de la situación de bienestar y el tipo de turno de trabajo.

- Existe controversia y aspectos legales todavía por resolver, puesto que ampliar el horario de jornada laboral, más allá de lo legalmente establecido, no parece lo más correcto.

- Al mismo tiempo, horarios que superan las 8 horas, supone para la institución un problema, porque afecta a la calidad de la atención.

- No parece que esté totalmente establecida el tipo de jornada, puesto que en algunas situaciones se permiten diferentes formas para establecer horarios, y en otras no. Parece ser que obedece a una decisión arbitraria según criterio de la institución, y ello genera comparaciones entre el colectivo sanitario.

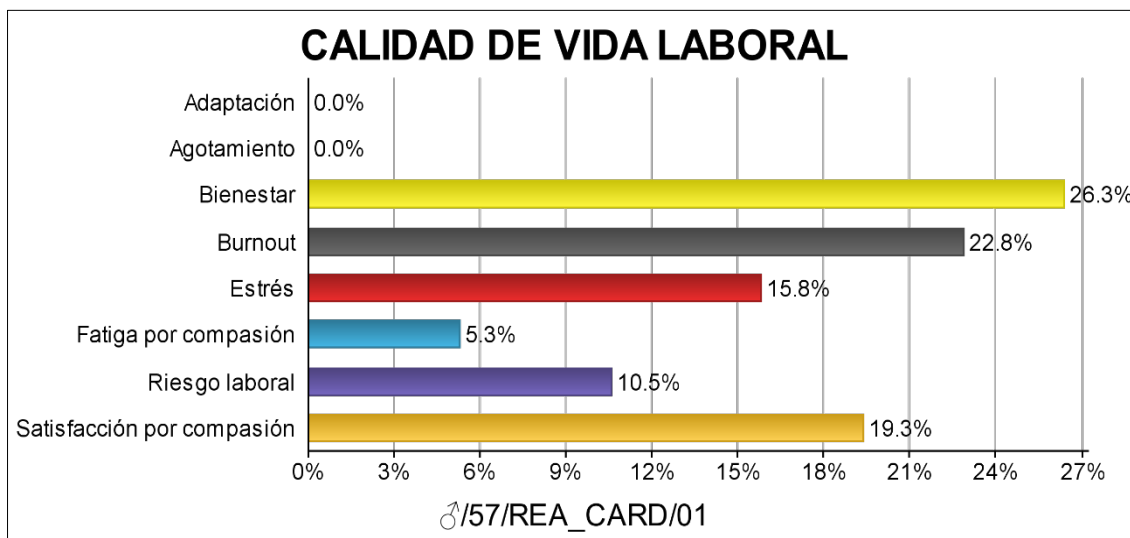
Dejando este tema a parte, puesto que escapa a nuestros intereses en este estudio, a continuación se presentan los siguientes (**Gráficos, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16**), que corresponden a cada una de las entrevistas realizadas. En los mismos se pueden ver las diferentes atribuciones que tras la codificación de los datos cualitativos, han dado lugar a las principales categorías referidas al constructo de CVL, y «autocuidado».

En la categoría de «autocuidado», se ha incluido el déficit de autocuidado, y el autocuidado espiritual aunque queda incorporado a nivel del «autocuidado» interno, se ha tratado por separado para ver si existe evidencia.

Estas categorías han sido elaboradas a priori, derivadas del marco teórico y conceptual. El resto de categorías y subcategorías, emergieron de los datos.

- El **gráfico 6.1** corresponde a un enfermero que desempeña su actividad en una unidad de reanimación cardiaca. Se observa un elevado nivel de bienestar, que se corresponde con lo expresado en la conversación. Los niveles de burnout se encuentran elevados y tras la lectura de la entrevista, se desprende que ello es debido al desgaste emocional que supone el no disponer de un turno compatible con la vida familiar.

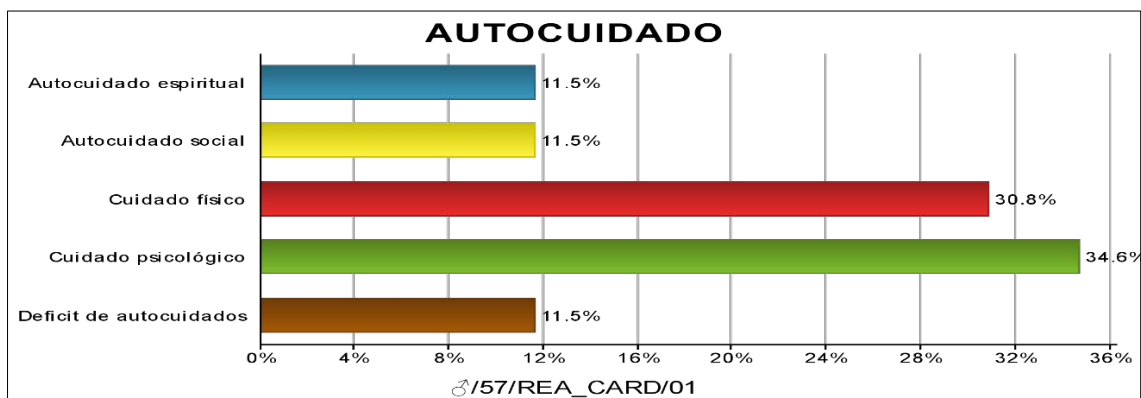
Gráfico 6.1 Calidad de vida laboral: Entrevista n° 1.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.2** de «autocuidado» indica las evidencias respecto al «autocuidado» físico o externo que incluye el descanso, la alimentación, el ejercicio moderado. Según indica la persona entrevistada, se encuentra apuntada a un gimnasio y suele salir a hacer rutas los fines de semana. El autocuidado psicológico, según indica en la entrevista “yo creo que la dimensión psicológica es la que más influye...”.

Gráfico 6.2 Autocuidado: Entrevista n° 1.

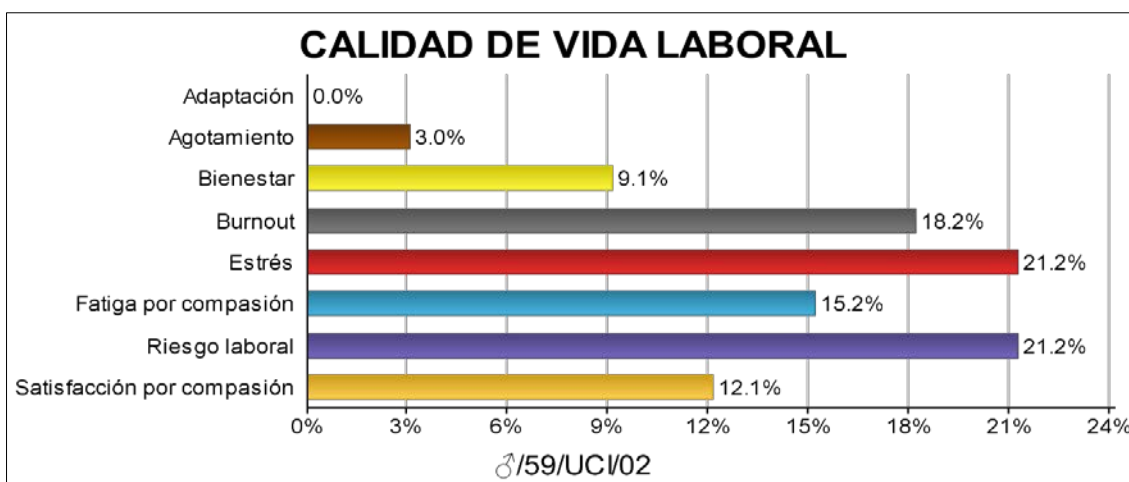


Fuente: Elaboración propia.

Calidad de Vida Laboral y Autocuidado en personal de Enfermería asistencial con alta demanda emocional

- El **gráfico 6.3**, corresponde a un profesional que desempeña su actividad asistencial en una Unidad de Cuidados Intensivos. Esta persona manifestó la situación de salud en la que se encontraba con problemas de hipertensión arterial, y atribuidos al entorno de trabajo, lo que supone un elevado riesgo laboral. La situación de factores negativos, superan cualitativamente los aspectos de bienestar en el trabajo. El componente de burnout en este tipo de servicios está recogido y descrito en la literatura, y por ello se trata de un perfil muy característico.

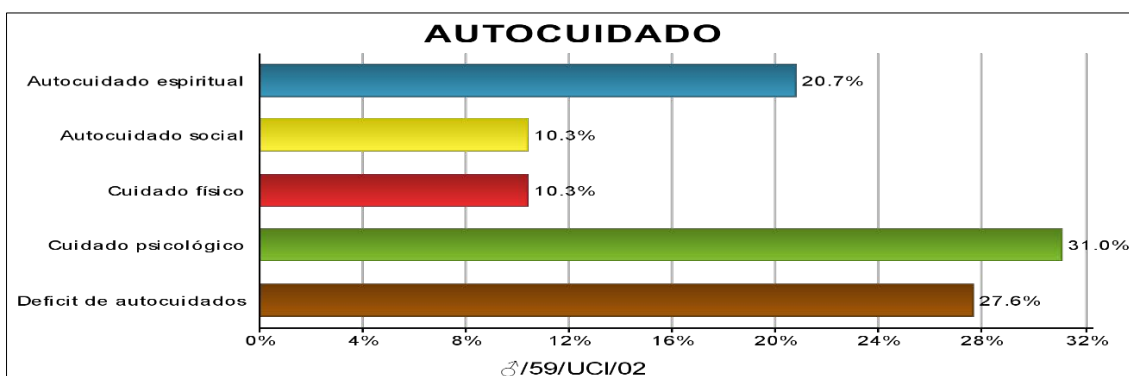
Gráfico 6.3 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 2.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.4** de «autocuidado», refleja un nivel elevado de déficit, lo que de alguna forma se puede corresponder con las alteraciones de salud señaladas por la persona, cuando indica que en el entorno laboral tiene cifras de tensión arterial elevadas.

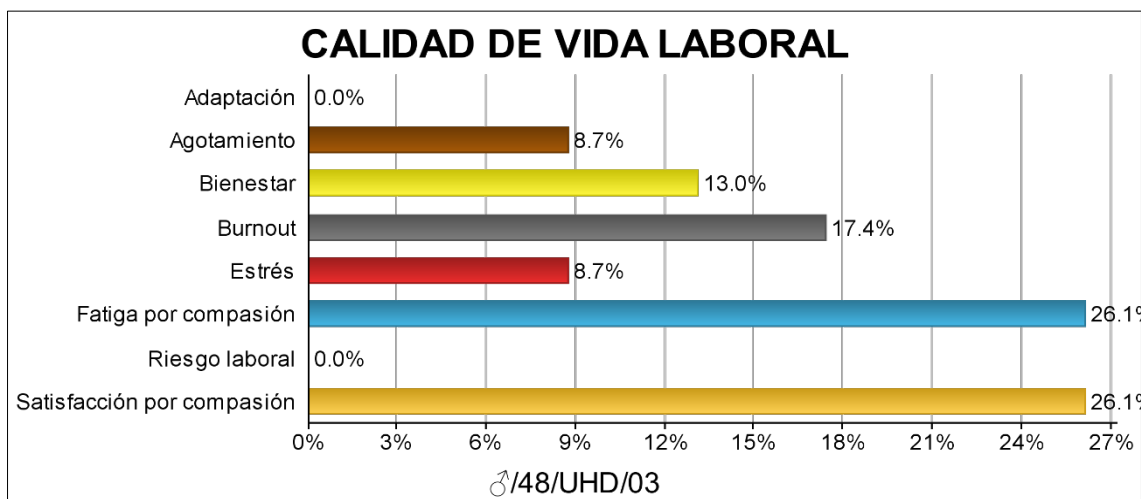
Gráfico 6.4 Autocuidado: Entrevista nº 2.



Fuente: Elaboración propia.

- En el siguiente **gráfico 6.5**, se observa, la referencia a las categorías de SC y FC. En este caso se trata de un enfermero, que desempeña su actividad en una Unidad de Hospitalización a Domicilio, y atendiendo a pacientes terminales. Estas categorías están totalmente identificadas en situaciones similares cuando se trata de cuidados paliativos.

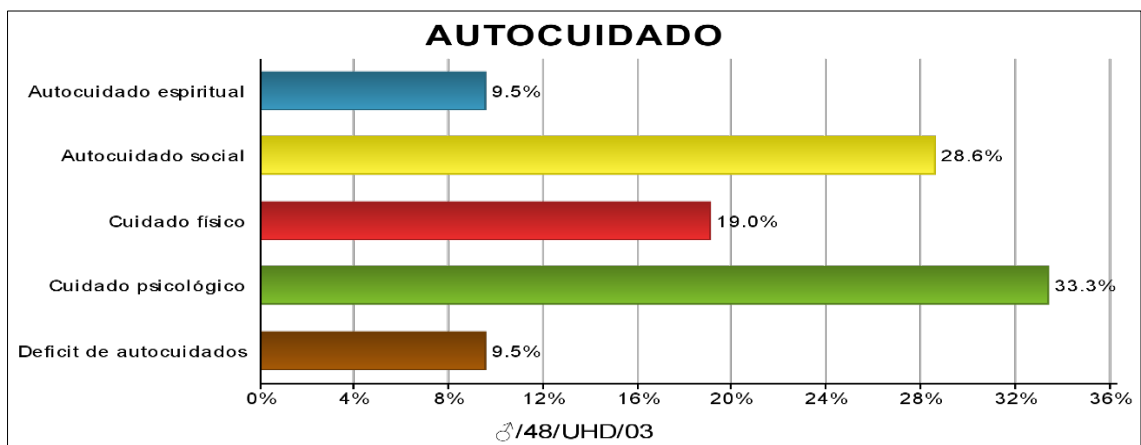
Gráfico 6.5 Calidad de vida laboral: Entrevista n° 3.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.6** de «autocuidado», indica un alto componente psicológico que coincide con lo indicado en la entrevista n° 1, en el grado de importancia. El hecho de poder disponer de un turno laboral compatible con la vida personal, atribuye también un fuerte peso al componente social, del cual el entrevistado durante 16 años no disponía por desempeñar su actividad con otro tipo de turnos y horarios.

Gráfico 6.6 Autocuidado: Entrevista n° 3.

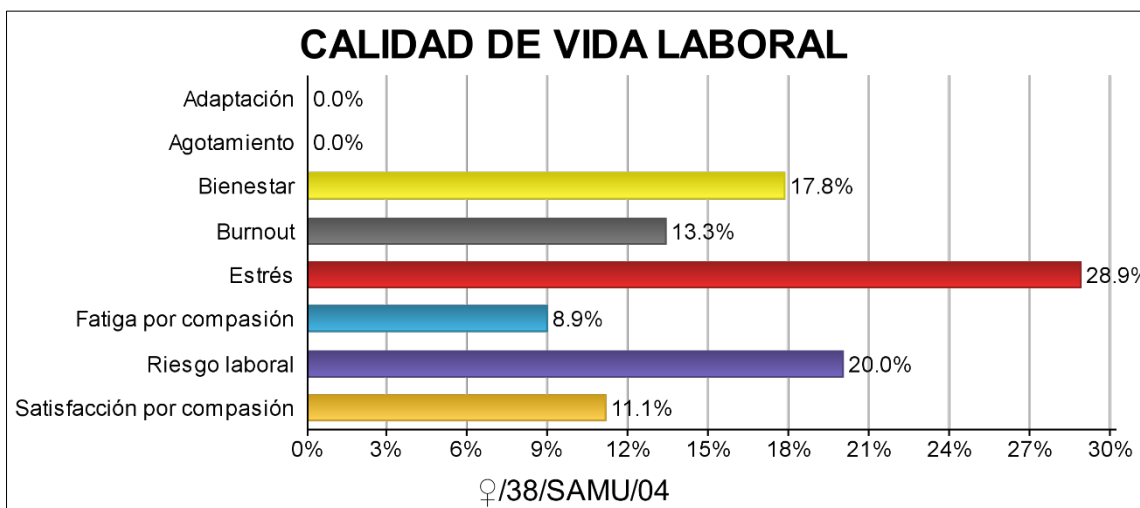


Fuente: Elaboración propia.

Calidad de Vida Laboral y Autocuidado en personal de Enfermería asistencial con alta demanda emocional

- El siguiente **gráfico 6.7** corresponde a una enfermera que trabaja a nivel extrahospitalario en una unidad de SAMU. La situación de incertidumbre, la diversidad de situaciones y contextos en los que desempeña su trabajo, quedan reflejados en un alto componente de estrés como puede observarse, al igual que el riesgo laboral elevado.

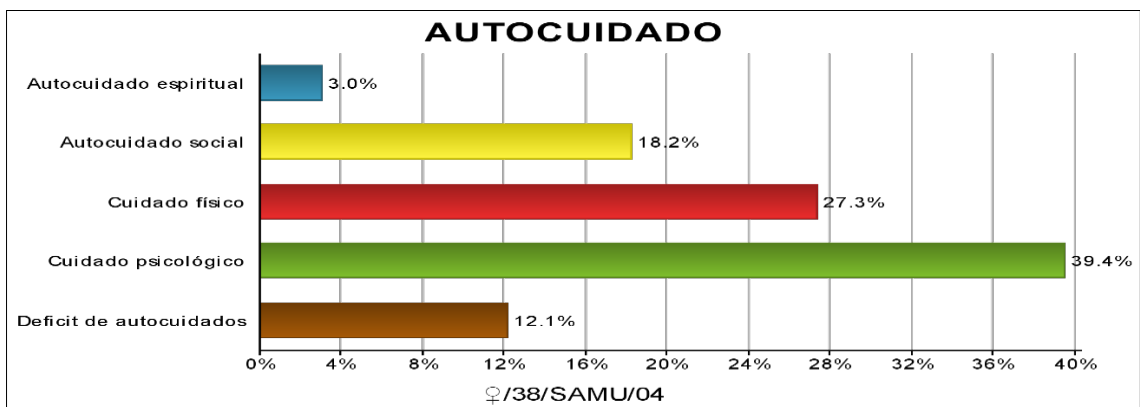
Gráfico 6.7 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 4.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.8** de «autocuidado» recoge un fuerte componente físico y psicológico. Físico puesto que la persona refiere la importancia de mantenerse activa físicamente indispensable para su actividad de urgencias extrahospitalarias, “*subir escaleras sin ascensor en los domicilios, bajar terraplenes, trabajar en las carreteras, en accidentes puedes encontrarte en cualquier situación que te tienes que meter dentro del vehículo y eso requiere agilidad y estar físicamente, ya no de peso sino estar ágil*”, y psicológicamente “*estar preparado para ver situaciones extremas*”.

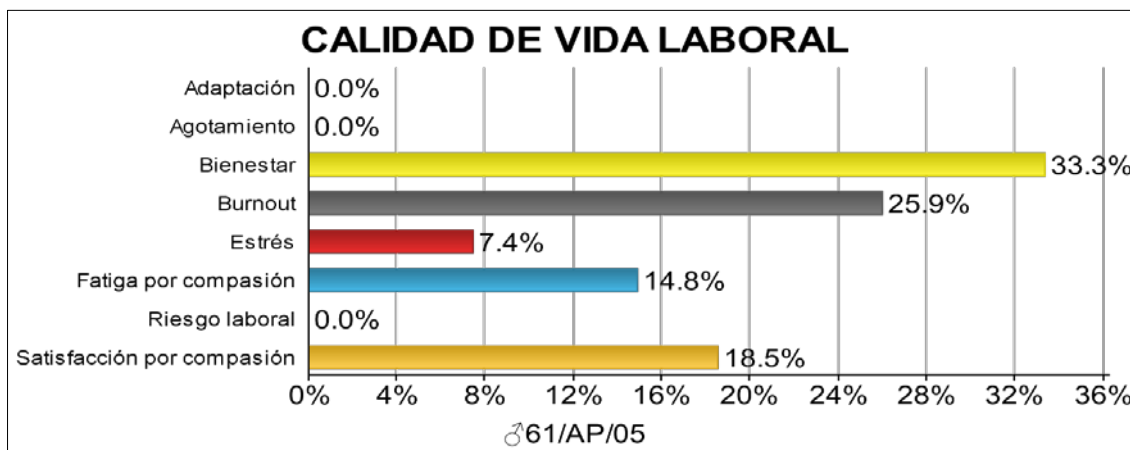
Gráfico 6.8 Autocuidado: Entrevista nº 4.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.9** refleja niveles muy elevados de bienestar. Es un profesional que desarrolla su actividad en un centro de atención primaria. En este caso los turnos de trabajo son más compatibles con la vida familiar, y seguramente viene reflejado en ese sentido. El nivel alto de burnout, podría ser debido, a que se trata de la persona de mayor edad de las entrevistadas, y lleva trabajando, casi 40 años.

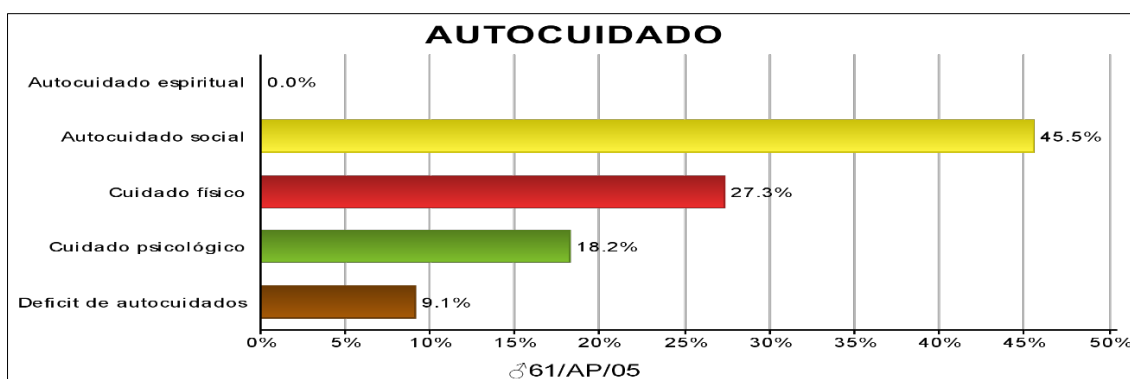
Gráfico 6.9 Calidad de vida laboral: Entrevista n° 5.



Fuente: Elaboración propia.

- En el **gráfico 6.10** destaca un nivel elevado de «autocuidado» social y físico, que se corresponde con su turno y horario laboral. Dispone de fines de semana libres, y días de libranza al año cuando decide personalmente, a diferencia de los centros hospitalarios. Al mismo tiempo hace ejercicio, y practica deporte.

Gráfico 6.10 Autocuidado Entrevista n° 5.

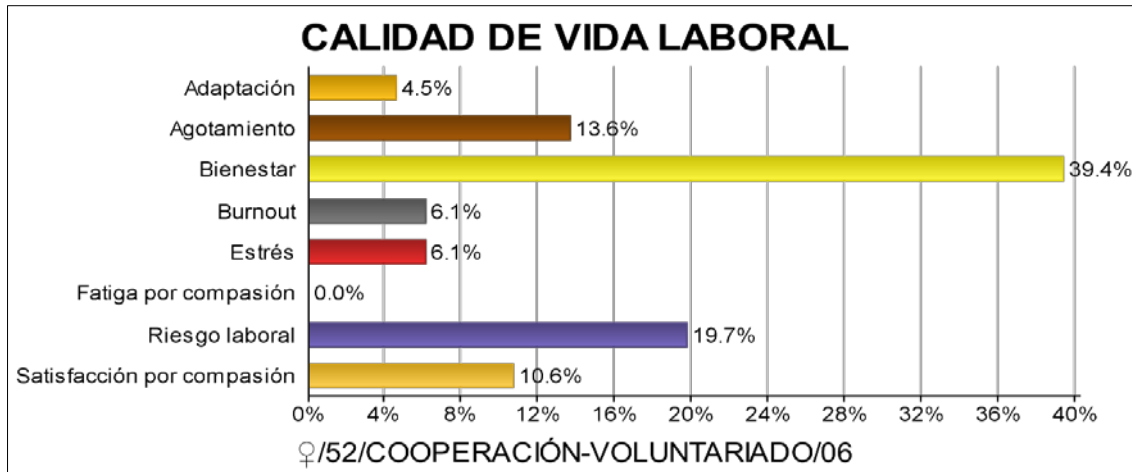


Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.11** corresponde a una enfermera que dedica una parte de su tiempo en actividades de ayuda humanitaria. Existe un alto componente de bienestar psicológico

relacionado con un perfil muy vocacional. Es una actividad que se realiza por pura satisfacción y con un sentido de crecimiento personal como indica la entrevista.

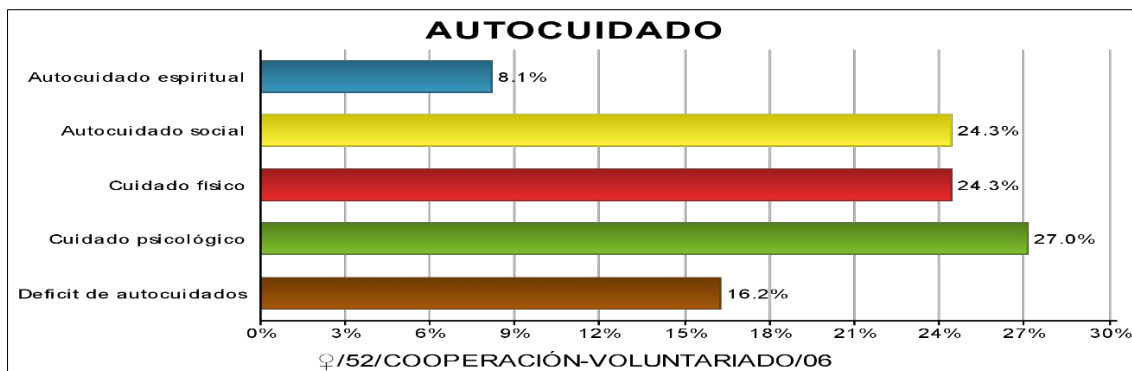
Gráfico 6.11 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 6.



Fuente: Elaboración propia.

- En el gráfico 6.12, junto con los componentes de «autocuidado» físico, psicológico y social altos, se observa un déficit que corresponde a las actividades descritas de ayuda humanitaria cuando no comen, y no duermen al acudir a una catástrofe. El componente físico corresponde a una actividad moderada, de salir a pasear. Refiere acudir al trabajo diariamente en bicicleta. Este componente físico va unido al psicológico por el hecho de sentirse bien mentalmente cuando realiza este tipo de actividades. El componente social, corresponde a los tiempos compartidos con compañeras/os que desempeñan esa misma labor de ayuda humanitaria y voluntariado. Dicha amistad ha ido forjándose con el paso del tiempo dedicado a estas actividades, concretamente 10 años.

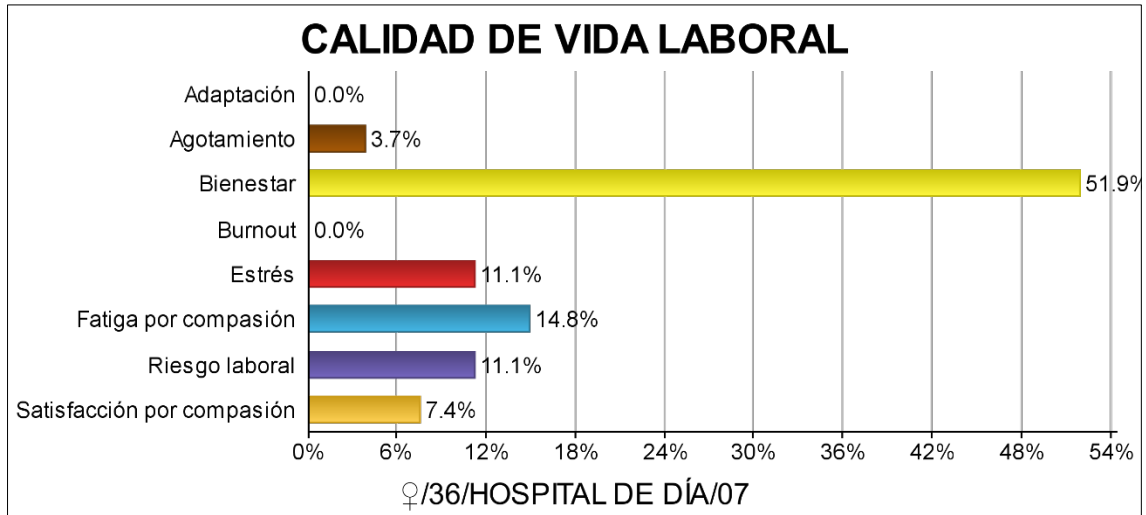
Gráfico 6.12 Autocuidado: Entrevista nº 6.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.13**, es el de una enfermera más joven que el resto de personas entrevistadas. Tiene familia, y la jornada de trabajo es totalmente compatible con la vida familiar. Se observa un alto nivel de bienestar psicológico.

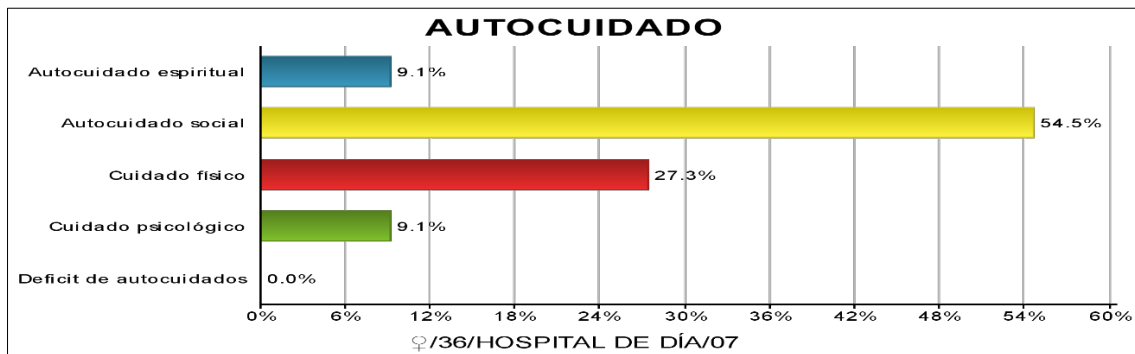
Gráfico 6.13 Calidad de vida laboral: Entrevista n° 7.



Fuente: Elaboración propia.

- En el **gráfico 6.14**, se observa un componente social muy elevado. La referencia a dicho componente, es sobre todo por aspectos familiares, de los hijos y amistades.

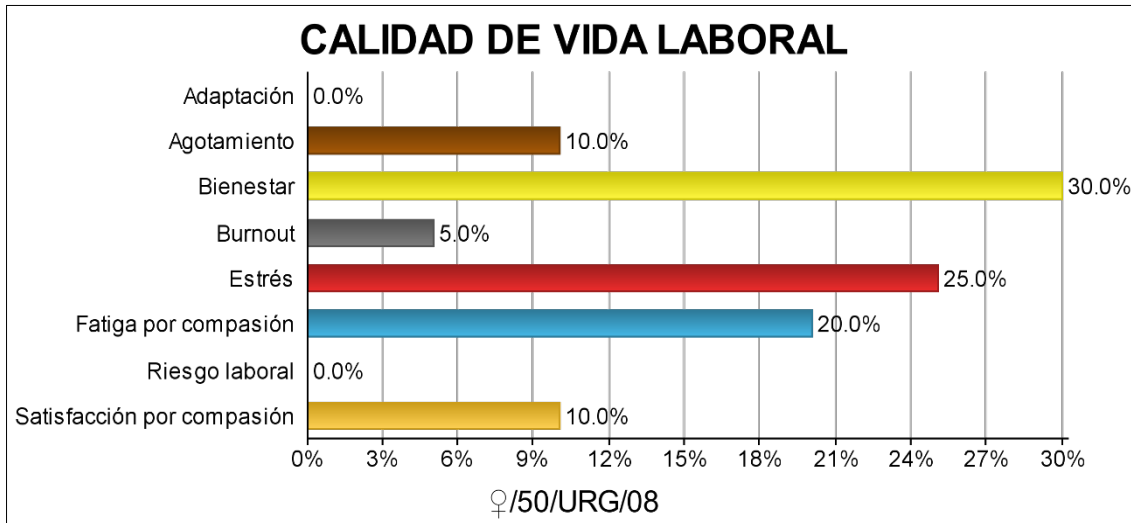
Gráfico 6.14 Autocuidado: Entrevista n° 7.



Fuente: Elaboración propia.

- El **gráfico 6.15**, corresponde a una enfermera que trabaja en un servicio de urgencias. Esta situación es muy similar a las urgencias extrahospitalarias. Existe un alto grado de incertidumbre y de rápida atención en la actividad y se refleja en un elevado nivel de estrés. Por otro lado, la jornada laboral, permite disponer de periodos de 3, e incluso a veces 4 días libres para descansar, lo que se refleja en el bienestar psicológico.

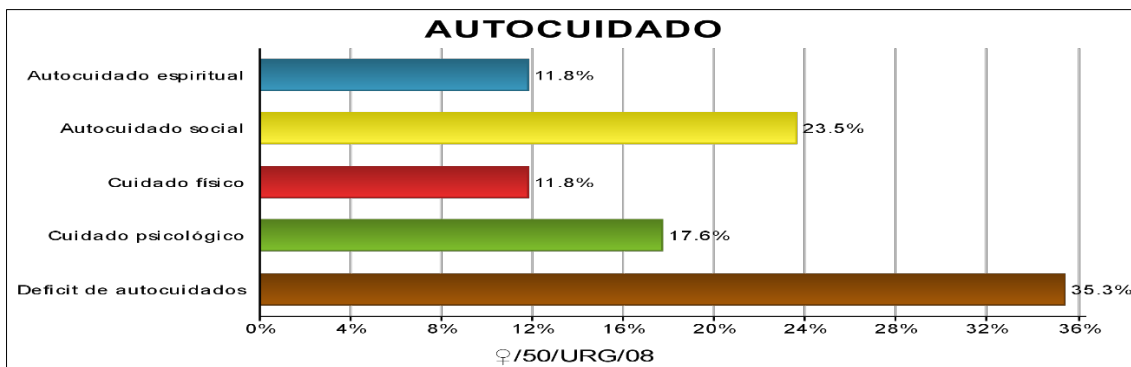
Gráfico 6.15 Calidad de vida laboral: Entrevista nº 8.



Fuente: Elaboración propia.

- El gráfico 6.16, refleja un déficit importante en el «autocuidado», lo que se corresponde con la falta de descanso nocturno y el régimen de comidas. Todo ello se ve dificultado por el servicio en el que trabaja y básicamente por el tipo de turnos y horarios laborales.

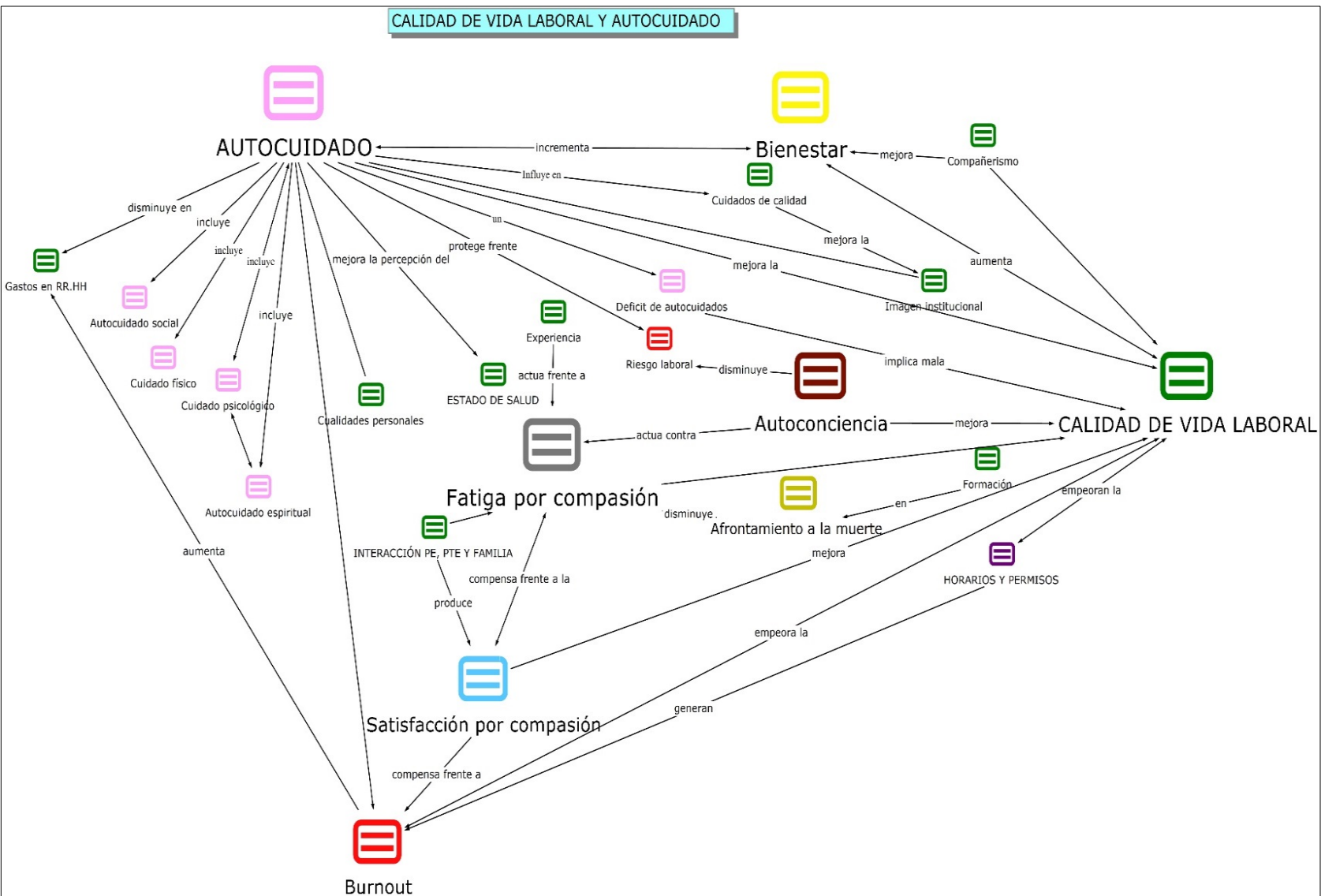
Gráfico 6.16 Autocuidado: Entrevista nº 8.



Fuente: Elaboración propia.

La siguiente (Figura 5.3), recoge las relaciones que se han establecido entre las categorías y subcategorías derivadas del marco teórico y conceptual y los datos emergentes de los discursos, una vez realizada la codificación.

Figura 5.3 Mapa de relaciones entre categorías y subcategorías.



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 6

6. DISCUSIÓN

6.1 Las limitaciones del estudio y criterios de calidad.

Antes de abordar este capítulo de discusión¹⁰⁷, es necesario señalar diferentes aspectos que han de ser tenidos en cuenta para contextualizar este estudio, el cual se ha planteado para profundizar en una realidad conocida por el investigador, y dentro de una línea de investigación poco desarrollada actualmente. Es por ello que al inicio de esta tesis se ha indicado, que la estrategia de trabajo utilizada ha sido incorporar dos formas de entender la realidad (numérica y dialéctica). Los resultados obtenidos se consideran totalmente alineados, porque parte de los mismos se han visto simultáneamente reflejados y comparten semejanzas. No obstante todas las afirmaciones y conclusiones que se puedan extraer, tienen que considerar ciertos detalles que a continuación se van a señalar.

En primer lugar podemos indicar, que el hecho de investigar sobre un tema cubre una de las principales finalidades respecto a la generación de mayor conocimiento sobre el mismo para que se pueda avanzar, profundizar y comprender el fenómeno estudiado. En este caso se considera que este criterio se ha logrado porque como hemos señalado existe poca literatura en alguno de los aspectos tratados en este estudio. Concretamente en enfermería, respecto a la FC, SC, «autocuidado» del personal, y bienestar psicológico, son temas sobre los que no hace tanto tiempo que se está investigando.

El marco teórico es totalmente adecuado puesto que se plantea de forma complementaria abordar aquellas situaciones problemáticas de estrés, burnout, y FC, pero al mismo tiempo aquellas más positivas como SC y bienestar y «autocuidado». Por ello es pertinente haber diseñado el estudio desde los enfoques pro-salud y la psicología positiva, junto con el marco teórico proporcionado por D. Orem en 1972 («autocuidado» y el déficit de «autocuidado»), y el de Hildegard Peplau en 1952, en el que se indica que

¹⁰⁷ Con motivo de la discusión, se han incorporado dentro de la misma aquellas posibles líneas futuras de investigación que podrían derivarse para siguientes estudios y que ayuden a cubrir aquello que este no ha podido alcanzar y profundizar sobre algunos de los aspectos señalados.

la práctica enfermera se constituye como un proceso psicodinámico basado en la relación interpersonal, como ha sido en todos los casos que hemos estudiado.

La estrategia planteada en el estudio ha sido adecuada en gran medida porque ha seguido las indicaciones metodológicas recogidas por la literatura y la mirada atenta y continua de las directoras de tesis, y sobre todo porque ha respondido a nuestros interrogantes (preguntas e hipótesis planteadas), sirviendo con ello al alcance de los objetivos señalados en el estudio. Con ello hemos podido relacionar los aspectos vinculados a la CVL, como contribuye y el papel que juega el «autocuidado».

Las limitaciones propias del estudio, han sido como consecuencia de falta de recursos materiales y personales puesto que no ha habido financiación ni posibilidad por tanto para incorporar una muestra de estudio mayor. Se hubiera deseado contar con una muestra representativa, incluso haber realizado la parte cualitativa sobre la misma, aunque en este caso quedaría por valorar su adecuación ante la posibilidad de contaminación previa en la parte cuantitativa y que posteriormente los datos de la parte cualitativa vinieran de alguna forma condicionados por la anterior fase de estudio.

El poder disponer de personal entrenado cualificado, financiación para la recogida de datos para el estudio, que realizaran las entrevistas y transcripción de las mismas, también hubiera sido ideal. Hemos indicado en el capítulo 1 que en un primer momento esa fue la intención cuando se presentó un estudio similar al «Programa VLC-BIOMED de ayudas para el fomento de la colaboración en I+D+I y cooperación en actividades de investigación y desarrollo tecnológico e innovación en materia de salud», pero lamentablemente en nuestro caso no fue seleccionado.

Por otro lado señalar que a pesar de ello, el investigador ha buscado en todo momento cubrir cualquier aspecto conocido que procurara mantener un elevado nivel de calidad en toda la elaboración del estudio, y más si cabe en todo el diseño metodológico. Por una parte apoyado enormemente por las directoras de tesis en todo el conjunto y con gran énfasis en el enfoque cuantitativo de la línea de investigación pionera que están desarrollando, para un adecuado encaje con la parte de estudio cualitativa.

Señaladas las carencias y virtudes de forma general, ello se concreta en los siguientes aspectos:

1. No se ha podido realizar una *validación por pares o juicio de expertos/confiabilidad*

de forma paralela, para ver el grado de concordancia y objetividad de los resultados obtenidos en la parte cualitativa. A favor podemos señalar que quizás el uso de la grabadora en las entrevistas y su posibilidad de recuperación de la información, junto con las transcripciones, han permitido volver a los datos reduciendo en parte este grado de subjetividad. Respecto a la posibilidad de contar con otras personas, se recomienda que sea el propio investigador el que realice al menos la entrevista, e incluso el análisis para poder indagar en temas de interés y que por otro lado reclutar a personas que se encargaran de su realización requeriría un proceso previo de entrenamiento, salvo que se tratara de expertos.

2. Tampoco en la parte cuantitativa ha habido disponibilidad para poder haber incluido supuestamente más muestra, también en función de la mayor o menor dificultad de accesibilidad, y el hecho de haber tenido que reconducir el estudio tras las dificultades señaladas en el capítulo 1. Aquello supuso un tiempo de espera, retraso y un nuevo planteamiento. De todas formas, se tenía un punto de partida con datos específicos sobre el colectivo de enfermería dentro de la línea de investigación y por lo tanto ya podíamos trabajar sobre los mismos.

No obstante tenemos que tener en cuenta que, aunque para la parte cuantitativa la representatividad de la muestra es un deseo a poder cubrir, en la cualitativa no se requiere llegar a dicha situación. La generalización en el caso de la fase de estudio cualitativa a pesar de que la realidad interpretada es local, particular y relativa, no es el fin que se persigue en estos casos, tal y como lo señala la siguiente cita:

Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de éstos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos (Williams, Unrau y Grinnell, 2005). Mertens (2005) también la denomina “traslado”. Sabemos que es muy difícil que los resultados de un estudio cualitativo en particular puedan transferirse a otro contexto, pero en ciertos casos, nos pueden dar pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente¹⁰⁸.

3. Al tratarse de un estudio secuencial y partiendo de unos datos cuantitativos en los que se consideró oportuno profundizar en los mismos a través de las entrevistas, la imposibilidad de acceso a personas seleccionadas en la primera parte del estudio

¹⁰⁸ Hernández Sampieri. Op. cit., p. 478.

(cuantitativo), obligó para la segunda (estudio cualitativo) un acceso más factible y cercano que a pesar de no tratarse de la misma muestra, representaban situaciones tipo y similares del tema de investigación (personal de enfermería titulado, desempeño laboral en instituciones sanitarias, comparten situaciones estresantes, contacto directo con pacientes y familias, contextos de gravedad y personas atendidas en situación terminal), y de todas formas siempre podrían añadir valor en la comprensión y profundización respecto a la CVL y el «autocuidado». Con ello se pretendía ver como se representan los datos cuantitativos en la realidad de los sujetos, con sus evidencias, pero que a pesar de contextos diferentes, guardaban cierto grado de similitud y que para futuras investigaciones puede servir, para ver si el camino tomado es el correcto o se necesita cambiar el enfoque y los contextos.

Por ello de ambos estudios, al ser planteados con este diseño, no podemos pretender la generalización de los resultados debido a las características del método de muestreo de las personas que participaron, quienes fueron 123 para el estudio cuantitativo y 8 seleccionadas para el cualitativo, al que se añadió una nueva persona entrevistada para profundizar en un aspecto en particular como se ha explicado, lo que hace que la generalización este limitada a un conjunto concreto constituido por profesionales de la salud con características similares pero de forma separada.

4. Asumiendo el proceso de falsación y refutabilidad, al que debe ser sometido el conocimiento para ser considerado como válido para poder representar lo más fielmente la realidad, considerando el atributo de relatividad, puesto que el conocimiento no es absoluto y avanza de forma progresiva, podemos entender que nuestro estudio no escapa a dicha consideración. Por ello y para reducir los posibles sesgos cometidos, se ha buscado cubrir unos criterios mínimos que garanticen la mayor aproximación para explicar la situación real investigada y la calidad del estudio¹⁰⁹.

La *validez interna / credibilidad* del estudio, se planteó al devolver las entrevistas codificadas y representadas gráficamente respecto a lo más significativo de la CVL y el «autocuidado» que había sido reportado a través del discurso analizado, y preguntar si las conclusiones son acertadas de manera aproximada en la descripción, y coherencia. Este paso constituyó la última fase señalada anteriormente en la (tabla 4.3).

¹⁰⁹ Berenguera. Op. cit., pp. 161-163.

Puesto que como acabamos de señalar no se puede considerar adecuado la generalización, transferibilidad, y consistencia de estos resultados por la cantidad de muestra sobre la que se ha realizado el estudio. En ese sentido, el criterio de *validez externa /confiabilidad* se ha tenido en cuenta para poder replicar y comparar estudios en contextos parecidos, y que ello permita a otras personas que investiguen sobre lo mismo, obtener resultados similares que reflejen lo más fielmente la realidad investigada. Sirva todo ello como camino a trazar en futuras investigaciones.

Para facilitar esta tarea, se ha procedido a detallar en el capítulo metodológico:

- a) El rol del investigador, su nivel de implicación y posición asumida en el estudio (enfoque «emic y etic») que ha sido explicado en el apartado (4.6, postura epistemológica adoptada). También ha sido señalada la dificultad de mantener la neutralidad por parte del investigador, que en cierta medida ha sido juez y parte de dicha realidad (confirmabilidad), durante 20 años de vida asistencial, pero en definitiva ese ha sido el motivo que ha suscitado este estudio.
- b) El tipo de muestreo, sus características, contextualización, criterios y decisiones tomadas para la elección de los y las informantes.
- c) La metodología, métodos y herramientas de recogida de la información. Las estrategias para la secuencialidad de las metodologías y métodos utilizados (triangulación metodológica y de datos), la elaboración de la guía de entrevista, forma de recogida de los datos cuantitativos y cualitativos bajo el principio de no intervención en los discursos.
- d) El proceso de análisis, y codificación, aunque esto último depende en parte de la experiencia investigadora y el grado de creatividad.

Llegados a este punto, y teniendo en cuenta las limitaciones más generales de contexto y metodológicas señaladas:

- Contexto en el que se ha realizado el estudio. En un caso para profesionales de enfermería dedicados a cuidados paliativos y en una segunda fase a personal que desempeña su actividad en un contexto que comparte cierta similitud, pero de naturaleza más diversa y no idéntica.

- Los datos numéricos que indican pesos específicos respecto a la CVL y las diferentes variables predictoras entre las que se encuentra el «autocuidado» en la actividad concreta señalada.

- Las entrevistas realizadas que se expresan de forma abierta y de forma muy general incorporando en el diálogo aspectos vividos como personales, pero también según la realidad ajena considerada por la persona entrevistada que posteriormente interpreta. Posteriormente son codificadas atendiendo a la temática que emerge de los datos, pero sin un tratamiento estadístico.

De todo ello se desprende que, establecer una relación directa cuantitativa y cualitativa a través de este trabajo en el sentido de que lo que sucede en un caso sucede en el otro debe considerarse con cautela.

6.2 Discusión y líneas futuras de investigación

Así pues y teniendo en cuenta lo señalado, este trabajo enmarca un enfoque cuantitativo sobre una muestra de profesionales de enfermería dentro de un estudio a escala nacional, y pone el foco en este colectivo de forma simultánea con un enfoque cualitativo. Este aspecto es especialmente interesante porque tras la revisión por parte del investigador, al menos y con la información y publicaciones aportadas desde la dirección de esta tesis, no se han encontrado estudios similares puesto que la literatura no es muy abundante en este campo. En este caso concreto sobre el tema abordado, este trabajo va más allá y ha tenido en cuenta esta estrategia de investigación.

- Nuevos estudios son necesarios para dar consistencia y continuidad a esta línea de investigación, junto con lo que este trabajo ha aportado.

Desde la *perspectiva de género* recomendada a ser posible en todo trabajo de investigación, y bajo la necesidad de poder visualizar la situación del colectivo mujer oculto históricamente que ha sido señalado al principio de este documento en el apartado: *Nota de lectura y estructura de la tesis*, se plantea la posibilidad futura de profundizar más sobre este aspecto dada la condición mayoritariamente femenina en el colectivo de enfermería. Esta visión no ha podido mantenerse en la primera fase del estudio con enfoque cuantitativo, pero sí de forma intencionada por parte del investigador en la segunda fase con el enfoque cualitativo al reclutar de forma paritaria 4 mujeres y 4 varones para las entrevistas, y con la última persona a la que fue para profundizar en un detalle puntual sobre el tema de la turnicidad, puesto que fue un tema emergente ampliamente señalado por el total de las personas entrevistadas. Útil en este caso hubiera

sido plantear estrategias que permitieran comparar la condición de género masculina frente a la condición femenina, en aras de enfatizar un enfoque preventivo de salud, y más a sabiendas por parte del investigador que las encuestas de salud a nivel nacional reportan una peor calidad de vida y salud percibida por parte de las mujeres como consecuencia de la situación ya explicada en el apartado (3.2.7.6): *dobles presencia, doble jornada laboral, y techo de cristal*.

La *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12*, realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística señala que: El 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres (el 79,3% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 71,3% de las mujeres. La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad.

En nuestro caso por citar un ejemplo y relacionado con el autocuidado externo (*Physical Self-Care*). Los hombres hacen más ejercicio que las mujeres. Cuatro de cada 10 personas (41,3%), se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (35,9%) y casi una de cada dos mujeres (46,6%). Considerando tanto la actividad principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos (15-69 años) realiza actividad física intensa o moderada, 49,4% de los hombres y 32,4% de las mujeres.

Estos datos al mismo tiempo podrían ser cruzados y analizados con los procedentes de la Encuesta de Empleo del Tiempo publicados por Instituto Nacional de Estadística (INE): *Mujeres y hombres en España / Empleo del tiempo, conciliación trabajo y familia (actualizado 18 julio 2016) Tiempo dedicado a actividades de ocio, a vida social y diversión, a deportes y actividades al aire libre*.

Señalar sobre estos aspectos, que el investigador no ha entrado a profundizar sobre ello, puesto que escapaban a los objetivos del estudio y la dimensión de los mismos resultaba inalcanzable dadas las limitaciones de recursos y tiempo. No obstante sobre ello podríamos plantear algunas hipótesis y líneas de trabajo futura:

- ¿Es la condición de mujer del PE un impedimento para una óptima CVL?
- ¿Es la condición de mujer del PE una barrera para el «autocuidado»?

Seguimos recordando, que la salud ha sido considerada históricamente con una visión negativa, y el interés centrado en una visión que contemple el bienestar biopsicosocial ya ha sido contemplado por la OMS en la actualidad. No obstante la visión negativa sigue actuando como lastre impidiendo el cambio de dirección.

Se ha podido observar que desde 1970 aproximadamente, han ido circulando en paralelo dos enfoques y que actualmente se deben considerar complementarios. Por un lado el enfoque desde lo patológico que sigue arrastrándose y un enfoque positivo de salud.

Así el estudio del burnout definido en 1974 por Freudenberger, empezó su amplio desarrollo, y de forma seguida con la definición de C. Maslach, como síndrome tridimensional. Podemos aceptar que lleva un amplio recorrido su investigación.

En el caso del burnout sabemos que históricamente ha formado parte de una visión centrada en lo patológico. Mucha literatura durante décadas habla del burnout, pero ha sido en la actualidad cuando se han podido establecer perfiles que conducen a ampliar lo que se sabe sobre el mismo. Actualmente en la literatura recogida y fruto de las investigaciones recientes (Montero, García Campayo, Mera, y del Hoyo, 2009), se ha podido avanzar y establecer perfiles de burnout: (frenético, desgastado y sin desafíos), al mismo tiempo según (Montero 2014, 2015), en España todavía queda mucho por hacer a nivel preventivo y de intervención sobre este problema. Añadir que el establecimiento de perfiles de burnout fue como consecuencia de un estudio desde el enfoque cualitativo. Y en nuestro caso dentro de este trabajo, hemos querido enfatizar sobre este aspecto al combinar una doble vía de investigación. Esta situación ha quedado totalmente plasmada con las entrevistas realizadas.

Ojalá ello nos permita en un futuro seguir el mismo camino trazado por el estudio del burnout, igual quedaríamos sorprendidos frente a nuevos hallazgos.

Al mismo tiempo sabemos que la FC, fue recogida en la literatura en 1992 por Joinson (enfermera), y por lo tanto a nivel comparativo con el burnout, tiene un breve recorrido, en la literatura, y por ello es necesario seguir investigando.

La SC se sitúa en peor posición dado que no ha sido tan estudiada como la anterior según indica Campos (2015), y hemos podido observar al realizar búsqueda de dicha literatura.

El enfoque positivo aglutina desde 1970 el modelo salutogénico de A. Antonovsky, la promoción de la salud en 1986 recogido en la Carta de Ottawa, la psicología positiva fundada hace casi dos décadas, el MPS de Nola Pender (1996), el interés de la Organización Internacional del Trabajo y de la Unión Europea que desde el año 1987 ya recoge la noción de salud y seguridad en el trabajo, y las recomendaciones por parte de organismos e instituciones como la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida laboral. En definitiva todo ello son elementos de peso para que se cambie el rumbo en aquello que genere salud a la población en general y al personal sanitario en particular.

Recordemos también que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, data de 1995, y seguramente en virtud de los nuevos hallazgos obtenidos, sería interesante poder revisarla e incorporar estos aspectos.

Sobre el Bienestar Psicológico, hace no más de una década que aparece literatura centrada en enfermería, no obstante en España solamente 2 artículos cubren el ámbito en el que se centra este estudio (Galiana, Oliver y Sansó, s.f). Este hecho justifica no ceder en el empeño de seguir trabajando en esta línea. Sabemos que existe una estrecha relación del bienestar con la situación de salud, y ello implica que, a mayor bienestar se encuentra asociada a una mejor salud autoinformada, menor morbilidad... (Friedman y Kern, 2014). En nuestro estudio, ya se ha observado esta situación y como ello se ha manifestado.

Podríamos pues plantear en estos conceptos, (FC, SC, bienestar psicológico) establecer líneas de trabajo para avanzar en la búsqueda de perfiles más vulnerables, en qué tipo de contextos, sobre los que poder intervenir en caso de necesidad. Dicho de otra forma:

✓ ¿Existen perfiles de Bienestar, FC, y SC?

Se ha detectado cierta incoherencia respecto entre lo que se señala en el informe “Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2, 2015”. En el informe se recoge que en España, el sector que más medidas aplica para prevenir riesgos psicosociales es sanidad, educación y servicios sociales.

Sin embargo en función de lo manifestado por las personas entrevistadas, la experiencia personal, y revisados los planes de formación continua en las instituciones sanitarias de nuestra Comunidad, todo ello apunta a una falta de sensibilidad y contenidos

a la hora de trazar a nivel curricular profesional una formación específica con contenidos sobre el burnout, FC, SC, bienestar psicológico y «autocuidado».

Posteriormente esta controversia se ha podido aclarar al revisar más detalladamente el informe. Evidentemente no vamos a ser escépticos y confiemos en los datos aportados por el mismo, pero la atención a los riesgos psicosociales descritos está centrada en aquellos derivados del acoso laboral (mobbing), y no focalizan sobre el tema del que en este estudio estamos hablando.

Esto implica ampliar la mirada, porque sin desmerecer la buena fe del informe, también seguramente muchas más personas están afectadas por lo que se dice en este estudio. La apuesta firme y la identificación de perfiles, es un amplio campo de estudio para introducir intervenciones de mejora en materia de prevención.

Volviendo sobre este aspecto y visto la escasa formación específica señalada, es necesario reconducir los planes formativos del personal sanitario, de aquellas personas que ya desempeñan una labor asistencial. También la formación pregrado adolece en este sentido en las futuras generaciones de profesionales. Sobre este último aspecto, el investigador toma nota de ello y se compromete a cubrir ese déficit durante su actividad docente. Deseamos quienes hemos realizado este estudio que ello revierta en un justo uso de la compasión que prevenga el desgaste profesional y que sirva al cuidado de los demás.

El papel del «autocuidado» social es determinante para el bienestar de la persona dentro de la CVL, todo apunta a ello. El «autocuidado» interno o psicológico es inherente a la condición humana, siempre acompaña a la persona, y no se trata de una elección. Añadir también el gran aliado que aporta la capacidad reflexiva sobre aquello que se está haciendo al atender a las personas en el momento de la actividad laboral, lo que implica un necesario desarrollo de autoconciencia.

✓ Una vez analizados los resultados obtenidos, señalar que se ha podido responder a las preguntas. Los mismos apoyan las hipótesis de trabajo planteadas, y se han podido alcanzar los objetivos señalados.

- ¿Cuál es la variable más importante que explica la CVL?

De las dos variables que explican la SC («autocuidado» social y autoconciencia), el autocuidado social lo hace en mayor medida, pero de forma anecdótica ($\beta = .24$ y $\beta = .23$ para autocuidado social y autoconciencia, respectivamente). El autocuidado interno es la

única variable que explica de forma estadísticamente significativa el burnout. La formación específica en espiritualidad es la única variable que explica de forma estadísticamente significativa la fatiga por compasión.

- ¿Hasta qué punto el «autocuidado» es una variable predictora de la CVL del PE? Aunque no predice fatiga por compasión, es un buen predictor de la satisfacción con la compasión y el único, dentro de las variables contempladas, del burnout. Parece por tanto, un elemento clave en la calidad de vida de los profesionales de la enfermería.

- ¿Qué variables predictoras tienen mayor relevancia en la CVL?

En este caso se trata del «autocuidado» interno, «autocuidado» social, autoconciencia y formación específica en espiritualidad. Es decir, variables relacionadas con el bienestar interno y las relaciones sociales.

- H1: El «autocuidado» es una variable predictora de la CVL.

El «autocuidado» predijo SC y burnout, pero no FC. En concreto, el autocuidado interno predijo burnout (más «autocuidado» interno, implica menos burnout) y el «autocuidado» social la SC (más «autocuidado» social, implica más SC).

- H2: El «autocuidado» se relaciona con el resto de variables predictoras del modelo. Las dimensiones del «autocuidado» se relacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa entre ellas. Además, las dimensiones del «autocuidado» se relacionaron de forma positiva con el afrontamiento de la muerte y la autoconciencia, pero tan solo dos relaciones fueron estadísticamente significativas: la del «autocuidado» externo con el afrontamiento de la muerte y la del «autocuidado» interno con esta misma variable.

- Conocer las situaciones que afectan a la CVL percibidas por el PE.

Se han identificado a través de los casos y contextos descritos, las situaciones que representan actividades en condiciones estresantes, junto con las dimensiones de la CVL (FC, SC, burnout y bienestar psicológico), y coincidente con lo señalado por Mechanic (1978) respecto al concepto de estrés colectivo.

El informe “Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention - Executive summary”, indica que en Europa, el 25 % de los trabajadores afirman que experimentan estrés. En nuestro caso todas las personas entrevistadas, se encuentran en

esta situación.

El tipo de actividad realizada por las personas del estudio se encuentra enmarcada tanto en situaciones de satisfacción como de desgaste coincidiendo con lo indicado por Ojeda, (2016). A pesar de ello para las personas entrevistadas trabajar significa tener un fuerte sentido de compasión y propósito de ayuda.

Al incorporar el bienestar dentro del modelo muchas veces, se incluye el componente subjetivo y psicológico por parte de las personas entrevistadas, y no lo hacen de forma separada. El investigador en este caso no intentó forzar el discurso con la intención de que la persona entrevistada contestara obligadamente sobre ello. Lo que se buscaba era un discurso libre. Por otro lado los conceptos SC, FC, son novedosos a nivel teórico la mayoría de las veces, y la referencia a los mismos ha podido quedar enmascarada. No hay tanta literatura que aborde la CVL, y estos conceptos en el personal de enfermería a diferencia de lo relativo al burnout como hemos indicado eran desconocidos.

- Describir el «autocuidado» del PE que se relaciona con la CVL.

Se ha detallado el tipo de «autocuidado», de las diferentes personas entrevistadas, diferenciando las dimensiones del mismo. El físico, psicológico y el social. Sí que se observa la importancia que tiene el bienestar psicológico y el componente interno y social del «autocuidado» para la CVL, dejando en un segundo plano el «autocuidado» físico.

A pesar de ello las personas entrevistadas sí que mayoritariamente cumplen con lo que la OMS (2010a) indica en esta franja de edad (18 a 64 años). A nivel físico de ejercicio, (actividades recreativas de ocio, juego y deportes, pequeños desplazamientos o paseos, actividades ocupacionales a nivel laboral o doméstico, o ejercicios dentro de la actividad diaria familiar y comunitaria). En definitiva una actividad aeróbica moderada. No obstante hay un déficit en cuanto a mantener las recomendaciones de régimen alimentario y de descanso.

- Determinar los factores que intervienen en el «autocuidado» para la CVL del PE.

Prácticamente se ha indicado que el problema fundamental es debido al entorno laboral, pero de forma muy concreta a la jornada y horario establecido. Tal y como indican los teóricos del control de la acción (Halsch y Kuhl, 1987; Kuhl, 1986, 1987; Kuhl y Beckman, 1985, 1992), una cosa es la intención, pero existen situaciones personales y de

contexto que compiten para el logro de objetivos, en este caso el «autocuidado».

- Indicar las formas de intervención personal e institucional en la práctica del «autocuidado» para la CVL en el PE.

Se reconoce una parte de responsabilidad personal, pero vinculada al compromiso institucional y formativo de las dimensiones de la CVL y fomento del «autocuidado».

Recordemos que el Código Deontológico de la Enfermería del CIE (2012) señala como responsable del nivel de salud a la propia persona (profesional) que dispensa la atención, pero también responsabilizan a las enfermeras gestoras encargadas de vigilar y fomentar la buena salud individual del personal de enfermería, y a las asociaciones nacionales de enfermeras como encargadas de fomentar estilos de vida sanos para el personal de enfermería, y la necesidad de influir a favor de lugares de trabajo saludables. Lo mismo viene recogido en las normativas europeas y la Ley de prevención de riesgos laborales (1995)

En definitiva el «autocuidado» es personal pero de todos es la responsabilidad, lo que básicamente quiere decir que la gestión del mismo es global, y la acción es local en cada caso particular.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 7

7. CONCLUSIONES

Con este último capítulo de conclusiones se pone punto final a este estudio, dejando la puerta abierta a partir de este momento a retomar sus hallazgos para posteriores indagaciones sobre un tema de importancia vital para las personas que hemos tenido la gran y merecida suerte de trabajar codo a codo, a pie de calle y de cama en el hospital contra el sufrimiento de los demás.

Seguramente quizás pudieran ser más de las señas, pero el criterio de brevedad de este punto nos obliga a sintetizar y resumir aquellas que recogen una mayor claridad.

Con la intención de que las mismas no se entiendan con afán de corporativismo por parte del colectivo de enfermería, a pesar de que en cierta medida este trabajo lo requiera, llegados a este punto considero necesario introducir una gran dosis de generosidad y hacerlo extensible al resto de profesionales, aunque en nuestro caso se ha elegido al personal de enfermería como centro de atención, esto ha sido totalmente intencionado por la condición de enfermero del autor de esta investigación¹¹⁰.

1. Muchas variables y factores tanto personales como del entorno juegan un papel a favor y en contra de la CVL. Se requiere por tanto un mayor conocimiento de los mismos a través de investigación y formación específica que contribuyan a la promoción de factores protectores de «autocuidado», y preventivos frente a problemas derivados de la atención prestada.

2. Es necesario continuar con estudios que amplíen estos y otros aspectos que ayuden a mejorar la CVL, bienestar psicológico, y SC del personal asistencial, puesto que al igual que con toda la literatura vertida en temas como el burnout, a pesar de tantos años dedicados a ello, la investigación no ha dejado de avanzar. En este caso se deberían investigar perfiles y estrategias frente a la FC, y burnout, y potenciar el «autocuidado»

¹¹⁰ Cualquier errata, desacierto, o incorrección detectada tras la lectura del documento, se debe a algún contratiempo surgido al uso del software utilizado, también atribuible al investigador, que en este caso ha sido el que ha realizado su redacción.

como factor predictivo. Sin embargo esa línea de investigación la acabamos de empezar.

3. Interesante y necesario será considerar otro tipo de profesionales del mundo sanitario y muchos más pertenecientes a otros ámbitos (trabajo social, terapeutas, servicio de protección civil, policías, bomberos...). Todos ellos se encuentran en situación similar a la que hemos presentado, y por ello queda este documento como legado para que otras personas sigan el mismo camino para investigar todo aquello que potencie el «autocuidado» y mejore la CVL.

4. La falta de CVL del PE, viene referida mayoritariamente a aspectos no vinculados a la atención que prestan a pacientes con sufrimiento, sí en cambio con elementos inherentes a la organización asistencial y de forma concreta al régimen de turnos y horarios regulados en el decreto de jornada laboral. Así pues mientras que la actividad asistencial produce gran satisfacción y bienestar, la regulación de jornada en cambio un gran malestar y desgaste profesional.

5. Se considera necesario el uso de la compasión y la empatía cuando lo que está en juego es el sufrimiento emocional, pero la verdadera ayuda solo será posible cuando sepamos hacer en su justa medida un uso correcto de las mismas.

6. El «autocuidado» social e interno, junto con el estilo de afrontamiento, la autoconciencia y la formación, actúan como verdaderos predictores y protectores de la CVL (fatiga de la compasión, el burnout y la satisfacción de la compasión y el bienestar psicológico).

7. Respecto al «autocuidado», queda totalmente identificado el papel que tienen que realizar las instituciones respecto a la corresponsabilidad para su mejora, sin embargo actualmente se identifica como mecanismo barrera en lugar de protección.

8. La CVL tiene que ser una de las grandes metas y estrategias de las instituciones, porque ello redundaría en un mejor estado de bienestar biopsicosocial/salud del personal sanitario en general y en enfermería en particular. Supondría un estándar de calidad institucional, un valor añadido en la labor asistencial, y un beneficio para toda la sociedad.

9. Las generaciones más veteranas han cargado sobre sus espaldas el sufrimiento que acompaña a la labor asistencial. Los años dedicados a ello, y el daño que ha supuesto ya no los podemos evitar, sin embargo para las siguientes se considera necesario introducir contenidos que aborden estos temas en el currículum de la titulación.

Para finalizar este apartado, quiero señalar una última reflexión sobre todo lo que en este estudio hemos planteado. Se sintetiza y recoge la misma en la siguiente cita literaria.

Esta cita fue extraída de la segunda entrevista realizada, y fue posteriormente buscada por el entrevistador. De su lectura se desprende, que quien reflexiona y tiene presente este aspecto de conexión entre su vida personal y laboral, aplicándolo a situaciones de sufrimiento, ello le protege y fortalece para ayudar a los demás.

*Ninguna persona es una isla; la muerte de cualquiera me afecta, porque me encuentro unido a toda la humanidad; por eso, nunca preguntes **por quién doblan las campanas; ¡doblan por ti!***
John Donne. (1572-1631). [Cita adaptada del original]

8. BIBLIOGRAFÍA

- Abreu, J. L., Parra González, C., y Molina Arenas, E. H. (2012). El Rol de las Preguntas de Investigación en el Método Científico. (The Role of Research Questions in the Scientific Method). *Daena (International Journal of Good Conscience)*, 7(1), 169-187. Recuperado de [http://www.spentamexico.org/v7-n1/7\(1\)169-187.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n1/7(1)169-187.pdf)
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). (2014a). *Cuestiones actuales y emergentes en el sector de la asistencia sanitaria, incluida la asistencia domiciliaria y en régimen abierto*. Resumen ejecutivo, Observatorio Europeo de Riesgos, Luxemburgo. Recuperado el 6 de Octubre de 2016 de <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/executive-summary-current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care/view>
- (2014b). Riesgos psicosociales en Europa: Prevalencia y estrategias de prevención. Resumen ejecutivo. doi:10.2802/29383
- (2014c). Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention: A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work. *Luxembourg: Publications Office of the European Union*. 65-83. doi:10.2806/70971
- Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., y Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145. doi:10.1016/j.rlp.2015.05.004
- Álvarez, C. (2012). ¿Qué sabemos de la relación entre la teoría y la práctica en la educación? *Revista Iberoamericana de Educación*, 60(2), 1-11. Recuperado de <http://rieoei.org/jano/5030Alvarez.pdf>
- Amadeu Àrias, J. (Noviembre de 2015). Síndrome del 'burnout': Trabajadores que echan humo. *El mensual de 20 minutos* (37), págs. 16-19. Recuperado el 20 de Diciembre 2016 de http://www.20minutos.es/edicion_impresa/ver/mensual/171/

- Ander-Egg, E. (1990). La medición en las ciencias sociales. En *Técnicas de investigación social* (21 ed., pp. 107-133). México: HUMANITAS.
- Arenas Monreal, L., Jasso Arenas, J., y Campos Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global health promotion*, 18(4), 42-48. doi:10.1177/1757975911422960
- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., Meléndez, O., y María, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>
- Austin, W., Goble, E., Leier, B., y Byrne, P. (2009). Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195-214. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17496530902951988?scroll=topyne&edAccess=true>
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., y Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*, 51(3), 276-287. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x/full
- Barbagelata, N. (2007). Resiliencia: Luces y sombras para la sicopatología. *8º Congreso virtual de psiquiatría*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/49/23/53/49235335311313568974810775674701099243>
- Barberá Heredia, E. (2000). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista Electrónica de Motivación y Emocion. REME*, 2(1), 23-36. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/abarbe127211298/texto.html>
- Barkin, L. (2014). *Nurses and compassion fatigue*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2016 de <http://www.giftfromwithin.org/html/Nurses-and-Compassion-Fatigue.html>
- Barra Almagiá, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia psicológica*, 21(1), 55-60. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Barra_Almagia/publication/235760005_Influence_of_emotional_state_on_physical_health_Influencia_del_estado_emocional_en_la_salud_fisica/links/09e4151339d8956e18000000.pdf

-
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., y Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47(6), 1008-1018. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., y Saura, S. (2014). Análisis de datos discursivos. El apoyo de los programas informáticos en el análisis de datos narrativos. En *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. Aportaciones de la investigación cualitativa (1 ed., págs. 133-158). Recuperado de <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
- Borrell Carrió, F., Suchman, A. L., y Epstein, R. M. (2006). El Modelo Biopsicosocial 25 años después: Principios, Prácticas e Investigación Científica. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(2), 67-75. Recuperado de <http://revista.sochimef.org/index.php/revchimf/article/viewFile/51/51>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., y Creswell, J. D. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18(4), 272-281. doi: 10.1080/10478400701703344
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Bugen LA. (1977). Human grief: a model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2), 196-206. doi: 10.1111/j.1939-0025.1977.tb00975.x
- (1980-81). Coping: Effects of death education. *Omega-Journal of Death and Dying*, 11(2), 175-183. doi:10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK
- Caja, C. B., y Marcos, M. M. (2004). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 1(11), 1-7. Recuperado de <https://scholar.google.es/scholar?q=http%3A%2F%2Fwww.nureinvestigacion.es>

%2FOJS%2Findex.php%2Fnure%2Farticle%2Fview%2F216%2F197&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Campos, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de “burnout” en profesionales de Centros de mayores en Extremadura*. (Tesis Doctoral). Departamento de Terapéutica Médico Quirúrgica. Universidad de Extremadura. Recuperado de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/3087>

Cantera, M. L., y Cantera, M. F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406

Cañadas De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., y De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52(1), 240-249. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001

Carlin, M., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). The burnout syndrome: Historical evolution since the employment context to the sports field. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 26(1), 169-180. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/92171/>

Carranza, I. (1997). *Argumentar narrando*. Universidad Nacional de Córdoba (mimeo).

Carrillo, M., Leyva, J. M., y Medina, J. L. (2011). El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 96-100. doi:10.4321/S1132-12962011000100020

Casanova Lamoutte, E. M., y Sanz de Acedo Lizarraga, M. (2012). Motivación y emoción. En M. Sanz de Acedo Lizarraga, *Psicología individuo y medio social* (1ª ed., pp. 337-382). Bilbao: Desclée De Brouwer.

Cebolla, A., Luciano, J. V., Piva, M. P., Navarro-Gil, M., y Campayo, J. G. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the mindful attention awareness scale (MAAS) in patients with fibromyalgia. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 6. doi:10.1186/1477-7525-11-6

Cid, P., Merino, J. M., y Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales

- predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista médica de Chile*, 134(12), 1491-1499. doi:10.4067/S0034-98872006001200001
- Collière, M. F. (1997). Hacia una identificación de los cuidados de enfermería. En *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería* (L. R. Méndez, Trad., 1ª ed., pp. 285-325). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Conde, F. (1990). Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (51), 91-117. doi:10.2307 / 40183482
- Consejo Internacional de Enfermería. (2012). El Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermería. *Edita Consejo Internacional de Enfermería*. Recuperado el 14 de Abril de 2016 de http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- (2013). Definición de Enfermería. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Conselleria de Sanidad. (2014). RESOLUCIÓN de 18 de diciembre de 2013, del Conseller de Sanitat, por la que se establece el Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanidad para 2014 (EVES). [2013/12459]. Publicada en *DOGV*, Num. 7191/14.01.2014. Recuperado de http://www.dogv.gva.es/datos/2014/01/14/pdf/2013_12459.pdf
- (2015). RESOLUCIÓN de 23 de diciembre de 2014, del conseller de Sanidad, por la que se establece el Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanidad para 2015. (EVES). [2015/75]. Publicada en *DOGV*, Num.7441/13.01.2015. Recuperado de http://www.dogv.gva.es/datos/2015/01/13/pdf/2015_75.pdf
- (2016). RESOLUCIÓN de 30 de diciembre de 2015, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se establece el Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública para 2016 (EVES). [2016/208]. Publicada en *DOGV*, Num. 7699/18.01.2016. Recuperado de http://www.dogv.gva.es/datos/2016/01/18/pdf/2016_208.pdf
- Constitución Española. (1978), Publicada en *Boletín Oficial del Estado*, Num 311.1/29 de Diciembre de 1978.

- Contreras, F., y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 311-319. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a11.pdf>
- Cortés Morató, J. (2005). ¿Qué son los memes? Introducción general a la teoría de memes. 1-4. Recuperado de <http://biblioweb.sindominio.net/memetica/memes.pdf>
- Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 157-164. doi: 10.1046 / j.1365-2850.2001.00373.x
- Creswell, J. W. (1994). El procedimiento cualitativo. En *Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas* (M. J. Llanos Pozzi, Trad., pp. 143-171). California: *Sage Publications*. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.2.%20Creswell.%20A%20qualit....pdf>
- (2003). A Framework for Design. En *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (2 ed., p. 1-26). London: *Sage Publications*. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/73b7/18e508fa943dfb22a9cb5fb17f888239ad0e.pdf>
- (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4 ed.). London: Sage publications. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=EbogAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=cajNsVRCB7&sig=cDwcqtXCbi9Tvt1SJZJAIxYwkY#v=onepage&q&=false>
- Da Silva, M. (2007). *Nuevas perspectivas de la calidad de vida laboral y sus relaciones con la eficacia organizacional*. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología Social. Universitat de Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42743/1/MDS_TESIS.pdf
- De Oliveira Martins, P. F., Zicolau, E. A. A., y Cury-Boaventura, M. F. (2015). Stretch breaks in the work setting improve flexibility and grip strength and reduce musculoskeletal complaints. *Motriz: Revista de Educação Física*, 21(3), 263-273. doi:10.1590/S1980-65742015000300007

-
- De Rivera Revuelta, J. G. (2004). Empatía y Ecpatía. *Psiquis*, 25(6), 243 – 254. Recuperado de http://www.psicoter.es/pdf/04_25_n06_A01.pdf
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Directiva Del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, 89/391/CEE. (29 de 6 de 1989). Publicada en el *Diario Oficial de la Comunidad Económica Europea*. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0391:20081211:ES:PDF>
- Durán, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad* (2 ed.). (F. BBVA, Ed.) Bilbao.
- Emanuel Ezekiel, J., y Emanuel Linda, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*, 13, pp. 109-126. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2332355>
- Escribá-Agüir, V., y Pérez-Hoyos, S. (2007). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health*, 23: 153–160. doi:10.1002/smi.1131
- Estrada, R. E. L., y Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (61), 2-19. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- Eurofound - Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (2012). *De la crisis a la recuperación. Programa de trabajo cuatrienal 2013-2016- Políticas mejor fundadas para una Europa justa y competitiva*. Eurofound, Luxemburgo. doi:10.2806/38747
- (2015). Overview: *Win-win practices benefit workers and companies*. Recuperado el 20 de Junio de 2016 de <https://www.eurofound.europa.eu/news/spotlight-on/winwin-practices/overview-win-win-practices>

- (2016). *Developments in working life in Europe 2015: EurWORK annual review*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. doi:10.2806/958139
- Europa Press. (28 de Marzo de 2016). 'AbbVie Vitality', la iniciativa de AbbVie para fomentar la vida sana en sus trabajadores. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de <http://www.infosalus.com/farmacia/noticia-abbvie-vitality-iniciativa-abbvie-fomentar-vida-sana-trabajadores-20160328121402.html>
- Faus, F., y Santainés, E. (2013). *Búsquedas bibliográficas en bases de datos. Primeros pasos en investigación en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.
- Fernández, A. M., Jiménez, E. S., y Casado del Olmo, M. I. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 3(1), 1-31. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>
- Fernández Fernández, J. A. (2011). *El burnout. Identificación y evaluación del riesgo en neumólogos de los hospitales públicos asturianos* (Tesis Doctoral). Departamento de medicina, Universidad de Oviedo. Recuperado de http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/12754/4/TD_Jose%20Antonio%20Fernandez%20Fernandez.pdf
- Fernández, J. M., Gascón, T. G., García-Olalla, C. M., del Cura González, M. I., Peña, M. C., García Sánchez, S., y Sánchez, S. G. (2008). Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención primaria*, 40(7), 327-334. doi:10.1157/13124124
- Fernández-Lansac, V., y Crespo, L. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. doi:10.5093/cl2011v22n1a2
- Fida, R., Laschinger, H. K. S., y Leiter, M. P. (2016). The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Management Review*, 1-9. doi:10.1097/HMR.0000000000000126
- Figley, C. R. (1997). Examples of Compassion Fatigue/Burnout Syndrome. *Institute on Crisis Management in Higher Education*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2016 de <http://www.chaffey.edu/profdev/fsc/events/fa10/ExampleCF.pdf>

-
- (2001). *Resources for Survivors and Caregivers. Compassion Fatigue: An Introduction*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2016 de <http://www.giftfromwithin.org/html/What-is-Compassion-Fatigue-Dr-Charles-Figley.html>
- Figueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., y García-Juesas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72723578015>
- Freitas, A. R., Carneseca, E. C., Paiva, C. E., y Paiva, B. S. R. (2014). Impacto de un programa de actividad física sobre la ansiedad, la depresión, el estrés ocupacional y el síndrome del agotamiento en el trabajo de los profesionales de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 332-336. doi:10.1590/0104-1169.3307.2420
- Friedman, H. S., y Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology*, 65, 719-742. doi:10.1146/annurev-psych-010.213-115.123
- Galiana, L. (2015). *Desenvolupament, estudi i ús d'instruments de mesura en cures pal·liatives: Aportacions teòric-pràctiques en malalts i professionals* (Tesis Doctoral). Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universitat de València. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/41107>
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 598-604. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N. (s.f). Palliative care professionals quality of life: an integrative, systematic review. En *Palliative Care Perspectives, Practices and Impact on Quality of Life*, en prensa.
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. (2015). Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish journal of psychology*, 18, e67. doi:10.1017/SJP.2015.71
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Sancerni, M. D., y Tomás, J. M. (2017). Mindful Attention Awareness in Spanish Palliative Care Professionals: Psychometric Study

With IRT and CFA Models. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(1), 14-21. doi:10.1027/1015-5759/a000265

García, M. M., Jiménez, M. L., y Martínez, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.umaza.edu.ar/archivos/file/GuiaInvestigacionGenero.pdf>

García, N., Roca, A., Carmona, A., y Olona, M. (2004). Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. *Metas de enfermería*, 7(2), 6-12. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=977304>

Geiger-Brown, J., Trinkoff, A. M., Nielsen, K., Lirtmunlikaporn, S., Brady, B., y Vasquez, E. I. (2004). Nurses' perception of their work environment, health, and well-being. *AAOHN Journal*, 52(1), 16-22. doi:10.1177 / 216507990405200108

Gibb, J., Cameron, I. M., Hamilton, R., Murphy, E., y Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: how do they self-care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 838-845. doi:10.1111 / j.1365-2850.2010.01599.x.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1(1), 19-33. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. En *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (pp. 101-117). Londres. Recuperado de http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

Gómez Martínez, S., Gil Juliá, B., Castro-Calvo, J., Ruiz Palomino, E., y Ballester Arnal, R. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. (U. J. I, Ed.) *Àgora de salut*, 1, 209-220. doi:10.6035/AgoraSalut.2015.1.16

Gómez Pantoja, J. (1986). *CIUDAD, SOCIEDAD y DERECHO ZOON POLITIKON*. 1. Recuperado de <http://www3.uah.es/histant/pantoja/schola/Polis.pdf>

-
- González, E. D., Esteban, M. G., Alvaro, A. B., Alonso, J. P., Marcos, M. E., y Posadas, R. A. (2011). ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión de la literatura. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 8(33), 10. Recuperado de www.index-f.com/evidentia/n33/ev7349.php
- Grotberg, E. (2006). ¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? En *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (pp. 17-57). Barcelona: Gedisa.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En H. J. Denman C, *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Hermosillo, Sonora, México: El Colegio de Sonora. Hermosillo. Recuperado de <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/02/guba-y-lincoln-2002.pdf>
- Hernández, M. R. (2016). Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 79-88. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen5_numero2/009_Articulo7_Vol5_No2.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. (2010). Recolección y análisis de los datos cualitativos. En *metodología de la investigación* (5 ed., pp. 406-488). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- 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), 1-10. Recuperado de <http://www.imbiomed.com/1/PDF/Cef051-02.pdf>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., y Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing*, 36(5), 420-427. doi:10.1016/j.jen.2009.11.027
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit in SEM: Concepts, issues, and applications. En R. H. Hoyle (ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Londres: Sage.

- (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453. doi: 10.1037/1082-989X.3.4.424
- (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Ibarra Mendoza, X., y Siles González, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados* año X (20, 2º semestre), 129-135. doi:10.14198/cuid.2006.20.18
- Inbar, J. (2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. *Psicología. com*, 15. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1218/1127/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2010). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010. Avance de resultados*. Recuperado de www.ine.es/prensa/np606.pdf
- Izquierdo, F. M. (2012). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica - Introducción*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/introduccion.shtml>
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., . . . Abernethy, A. P. (2016). Prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), 690-696. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), 1-32. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/998>
- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L., Harrison, R. L., y Mount, B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “Being connected... a key to my survival”. *Jama*, 301(11), 1155-1164. doi: 10.1001 /jama.2009.352

-
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Lalonde, M. (1981). *New perspective on the health of Canadians a working document*. Minister of supply and services, Canada. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lasa Labaca, G., y Elorza Puyadena, I. (1996). Modelos de enfermería: hacia un cuidado integral e individualizado. En P. Tazón Ansola, L. Aseguinolaza Chopitea, y J. García Campayo, *Ciencias Psicosociales* (pp. 25-32). Barcelona: Masson.
- Laschinger, H. K. S., Cummings, G., Leiter, M., Wong, C., MacPhee, M., Ritchie, J... y Young-Ritchie, C. (2016). Starting Out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *International journal of nursing studies*, 57, 82-95. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.005
- Latorre, J. M. (1995). Estrés: significado, impacto y recursos. En *Ciencias Psicosociales aplicadas II* (págs. 67-85). Madrid: Síntesis.
- León, E. A. (2009). Propuestas y avances de investigación: el giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 8(22), 267-283. doi:10.4067/S0718-65682009000100016
- León Román, C. A. (2007). Take care of yourself not to die giving care. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 1-9. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicada en *Boletín Oficial del Estado* núm. 102, del 29 de Abril de 1986. España. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Publicada en *Boletín Oficial del Estado* núm. 269, del 10 de Noviembre de 1995. España. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
- López Alonso, S. R. (2004). Hospital Magnético, hospital excelente. *Index de enfermería*, 13(44-45), 7-8. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_7-8.php

- López Aranguren, E. (2000). El análisis de contenido tradicional. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, y F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 555-574). Madrid: Alianza.
- López Chánez, F. J., Casique Guerrero, A., y Ferrer Guerra, J. (2007). La satisfacción hacia el trabajo. Un análisis basado en las teorías de las expectativas y de equidad. *Entelequia. Revista Interdisciplinar*, (3), 219-234. Recuperado de http://www.academia.edu/26290083/LA_SATISFACCI%C3%93N_HACIA_EL_TRABAJO._UN_AN%C3%81LISIS_BASADO_EN_LAS_TEORIAS_DE_LAS_EXPECTATIVAS_Y_DE_EQUIDAD_JOB_SATISFACTION._AN_EXPECTANCY_AND_EQUITY_THEORIES_BASED_ANALYSIS
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., y Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149. doi: 10.1037/1082-989X.1.2.130
- Mäkil, U. (2003). Ceteris paribus: interpretaciones e implicaciones. *RAE: Revista Asturiana de Economía*, (28), 7-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2304875>
- Manciaux, Vanistendael, Lecomte, y Cyrulnik. (2005). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-27). Barcelona: Gedisa.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en Investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y salud colectiva*, 17(3), 613-619. doi:10.1590/S1413-81232012000300006
- Marriner, A. (1989). Teoría del déficit de autocuidado en Enfermería. *Modelos y teorías de Enfermería* (1 ed., pp. 101-113). Barcelona: Rol.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., y Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(4), 171-179. doi:10.1016/j.pedhc.2003.12.005
- McCaffrey, G., y McConnell, S. (2015). Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *Journal of clinical nursing*, 24(19-20), 3006-3015. doi:10.1111/jocn.12924

-
- McNulty, J. K., y Fincham, F. D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67(2), 101. doi:10.1037/a0024572
- Meadors, P., y Lamson, A. (2008). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34. doi:10.1016/j.pedhc.2007.01.006
- Mejia, L. G. L. (s.f). Reto para la Promoción de la Salud. 1-4. Recuperado de <http://apoyoemocional.univalle.edu.co/pdf%20articulo.pdf>
- Mesquita, C. C., Ribeiro, J. C., y Moreira, P. (2012). An exercise program improves health-related quality of life of workers. *Applied Research in Quality of Life*, 7(3), 295-307. doi:10.1007 / s11482-011-9161-7
- Meyer, R. M., Li, A., Klaristenfeld, J., y Gold, J. (2015). Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of pediatric nursing*, 30(1), 174-183. doi:10.1016/j.pedn.2013.12.008
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2014). *Encuestas nacionales de condiciones de trabajo y gestión de la prevención. Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER 2)*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2016, de <http://encuestasnacionales.oect.es/>
- (2015). *Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2*. España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Madrid. Recuperado de <http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/ESENER%20dos.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12)*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2016 de <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mera, D. M., y Del Hoyo, Y. L. (2009). A new definition of burnout syndrome based on farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4(31) doi:10.1186/1745-6673-4-31

- (2014). *Noticias sobre Salud. Entrevista a Jesús Montero, especialista español en Burnout*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2016 de http://www.sermedico.com.uy/salud/-/asset_publisher/E2NhriQyZSXC/content/entrevista-a-jesus-montero-especialista-espanol-en-burnout?template_sofis=10719
- (2015). *El síndrome del trabajador quemado*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2016 de http://economia.elpais.com/economia/2015/06/12/actualidad/1434119451_861624.html
- Morales, J. F. (1999). Actitudes. En J. Morales, y C. Huici, *Psicología social* (1ª ed., pp. 131-143). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Myezyentseva, O. (2014). *Fatiga por compasión en los profesionales de enfermería. Revisión sistemática*. Trabajo fin de Grado. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Recuperado de http://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25371/Myezyentseva_Olha_2014.pdf?sequence=3
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., y Tejerina, M. (2004). Estrés y enfermedad. Psiconeuroinmunología. En *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad* (1ª ed., pp. 177-197). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Nouvilas, E. (1999). Psicología social. En J. Morales, y C. Huici, *Psicología social y salud* (pp. 281-296). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Ochberg, F. M. (1991). *Gift From Within – PTSD Resources for Survivors and Caregivers Posttraumatic Therapy*. (J. P. Beverley, Editor) Recuperado el 22 de Junio de 2016, de: <http://www.giftfromwithin.org/html/trauma.html>
- Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Peru. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4930/1/Ojeda_mg.pdf
- Olivari Medina, C., y Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. Self-efficacy and health behaviors. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.

doi:10.4067/S0717-95532007000100002

Olmedo Montes, M., y Santed Germán, M. A. (1996). En P. Tazón Ansola, L. Aseguirozala Chopitea, y J. García Campayo, *Ciencias Psicosociales* (pp. 95-113). Barcelona: Masson.

ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Publicada en *Boletín Oficial del Estado* n° 174, del 19 de Julio de 2008, pp. 31680-31683. España. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388

Organización Colegial de Enfermería. (1989). *Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España*. Normativa Colegial. Recuperado el 16 de Abril de 2016, de <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/86-codigocge>

Organización Internacional del Trabajo. (2012). *El paquete de formación de SOLVE: Integrando la promoción de salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. Recuperado de http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_203117/lang-es/index.htm

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el 22 de Julio de 2016, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

— (1983). *Heal the education in self-care: possibilities and limitations. Report of a Scientific consultation*. Ginebra. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf

— (2004). *Publicaciones: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado el 25 de Abril de 2016 de http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1

— (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado el 13 de Junio de 2016, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

- (2010a). *Programas y proyectos: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Recuperado el 25 de Abril de 2016 de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
- (2010b). *Prevención del suicidio: Un instrumento de trabajo*. Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75426/1/WHO_MNH_MBD_00.8_spa.pdf
- (2016a). *Programas: salud en el trabajo*. Recuperado el 30 de Marzo de 2016 de http://www.who.int/occupational_health/en/
- (2016b). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index3.html>
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. (2006). *Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de-Bangkok*. Washington, DC, EUA. Recuperado el 16 de Abril de 2016, de <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-16-s.pdf>
- Palacios, D., y Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería intensiva*, 21(2), 68-73. doi:10.1016/j.enfi.2009.11.003
- Pardo Serrano, C., y Latorre Postigo, J. M. (1995). Psicología y enfermería. En J. M. Latorre Postigo, *Ciencias psicosociales aplicadas I* (pp. 33-41). Madrid: Síntesis.
- Park, N., Peterson, C., y Sun, J. K. (2013). Positive psychology: Research and practice. [La psicología positiva: Investigación y aplicaciones]. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19. doi:10.4067/S0718-48082013000100002
- Penderell, A., y Brazil, K. (2010). The spirit of palliative practice: A qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians. *Palliative and Supportive Care*, 8(4), 415-420. doi:10.1017/S1478951510000271
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*(112), 42-80. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop>

.pdf

- Pérez Gaspar, M. (s.f.). Relación médico-enfermo En R. Zapata García, Modelos de relación médico enfermo (pp. 57-62). Pamplona. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_57-62.pdf
- Pinilla Roa, A. E., y Páramo Bernal, P. F. (2011). Fundamento de la postura epistemológica del maestro universitario-investigador. *Entornos*, 24, 287-294. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798862>
- Pique, J., Camaño, R. E., Pique, C. (2011). La investigación en enfermería. En *Escribir y publicar en Enfermería*, pp. 25-55. Valencia: Tirant Humanidades.
- Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., y Delfabbro, P. D. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 579-591. doi:10.1016/j.jvb.2012.01.015
- Poseck, B. V. (2006). Positive Psychology: A new way of understanding Psychology. *PSICÓLOGO*, 27(1), 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/english/1279.pdf>
- Radey, M., y Figley, C. R. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214. doi:10.1007/s10615-007-0087-3
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua*. Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de <http://dle.rae.es/?id=9zruVbj>
- Richards, K. C., Campenni, C. E., y Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264. doi:10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Rivera Álvarez, L. N. (2012). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 24(2), 91-98 23460261 01214500. Recuperado de

<http://www.bdigital.unal.edu.co/35596/1/35969-147366-1-PB.pdf>

- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., y Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf
- Rodríguez Marín, J., y García Rodríguez, J. A. (1995). Estilo de vida y salud: Modelo de creencias sobre la salud. En J. M. Latorre Postigo, *Ciencias Psicosociales Aplicadas II* (Vol. II, pp. 25-34). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Marín, J., y Neipp López, M. D. (2008). Relación entre profesional sanitario y paciente. En *Manual de psicología social de la salud* (pp. 159-187). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M. R., y Alvarado, N. R. (2013). Salud, optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 149-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79829185014>
- Rodríguez Sabiote, C; Pozo Llorente, T; Gutiérrez Pérez, J; (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 12() 289-305. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91612206>
- Ros, M. (2001). Valores, actitudes y comportamiento: una nueva visita a un tema clásico. En M. Ros, y V. Gouveia Valdiney, *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. (pp. 79-99). Madrid: Biblioteca nueva.
- Ruano Casado, L., y Mercé Valls, E. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería Global*, 13(34), 384-394. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/revision3.pdf>
- Ruysschaert, N. (2009). (Self) hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. *Contemporary Hypnosis*, 26(3), 159–172. doi:10.1002/ch.382

- Salanova, M., Martínez, M. I., y Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 22-30. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2318.pdf>
- Sancllemente Vinué, I., Elboj Saso, C., e Íñiguez Berrozpe, T. (2016). La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica. *Nure Investigación*, 13(81), 1-6. Recuperado de https://zaguan.unizar.es/record/48614/files/texto_completo.pdf
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf
- Sansó, N. (2014). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos*. (Tesis Doctoral). Universitat de les Illes Balears. doi:10.13140/RG.2.2.18406.63044
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of pain and symptom management*, 50 (2), 200-207. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (41), 207-224. Recuperado de doi:10.4067/S0717-554X2011000200006
- Schaffhauser, P. (2010). Reseña de "La dicotomía emic/etic. Historia de una confusión". *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 31(121), 257-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13715891009>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., ... y Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1-16. doi:10.1186/s12904-016-0080-0
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., y Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. doi:10.1111/jnu.12229

- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?cluster=2570751377403104726&hl=es&as_sdt=2005&scioldt=0,5
- (2010). *The concise ProQOL manual*. (2 ed.). Pocatello. Recuperado de http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Strauss, A. L., y Corbin, J. (2002). El muestreo teórico. En *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (E. Zimmerman, Trad., 1 ed., pp. 219-235). Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de http://letheo.iztacala.unam.mx/temp/OLD/Bases_de_la_investigacion_cualitativa_T.pdf
- Suay, V. G. (2001). La calidad en el entorno hospitalario. Calidad e incentivos. *Arbor*, 170(670), 339-352. doi:10.3989/arbor.2001.i670.929
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). La entrevista en profundidad: Optando por entrevistar. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados* (Vol. 1, pp. 100-131). Barcelona: Paidós. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Triviño, Z. G., y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31. doi:10.5294/56
- Vallés, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: SÍNTESIS. S.A. Recuperado de <https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2014/11/vallesmiguel-tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigac3b3n-social-1999.pdf>
- (2002). *Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos* (1 ed., Vol. 32). Madrid: CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/VALLES_Entrevistas-cualitativas.pdf

-
- Van Bogaert, P., Van Heusden, D., Timmermans, O., y Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in psychology*, 5, 1. doi:10.3389/fpsyg.2014.01261
- Van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J., Nijkamp, M. D., y Seedat, S. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(8). doi:10.1371/journal.pone.0136955
- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa* (1ª ed., pp. 28-68). Barcelona, España: Gedisa. Recuperado de <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>
- Wang, J., y Wang, X. (2012). *Structural Equation Modeling. Applications Using Mplus*. West Sussex, UK: Wiley.
- Wesley, R. L. (1997). Teoría del entorno de Nightingale. En *Teorías y modelos de enfermería* (2ª ed., pp. 9-14). México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197. doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003
- Yong, J., Kim, J., Parque, J., Seo, I., y Swinton, J. (2011). Effects of a Spirituality Training Program on the Spiritual and Psychosocial Well-Being of Hospital Middle Manager Nurses in Korea. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(6), 280-288. doi:10.3928 / 00220124-20101201-04

9. ANEXOS: Formato digital.
Se adjunta CD.