

**L'Autocompassió com a base de l'autocura dels
professionals sanitaris:
Estudi i avaluació**

Treball final de grau realitzat per:
Cristina Searle Torrà

Tutor/a: Mònica Cunill

Grau en Psicologia
Facultat d'Educació i Psicologia
Departament de Psicologia
Universitat de Girona

Data: 02/06/2023

RESUM

Aquest estudi analitza el nivell d'autocompassió dels professionals de la salut i la seva relació amb les conductes d'autocura i el "burn out". S'han utilitzat tres escales per avaluar aquestes tres dimensions, així com les dades sociodemogràfiques obtingudes a partir d'un qüestionari que han completat diversos professionals de la salut.

Els resultats mostren nivells moderats d'autocura i autocompassió, però amb certa presència de "burn out". Això indica que els professionals realitzen activitats per promoure el seu benestar, però també experimenten cert desgast emocional. S'ha observat una correlació positiva significativa entre l'autocura i l'autocompassió, i una correlació negativa entre l'autocura i el "burn out". No s'ha trobat una relació significativa entre l'autocompassió i l'esgotament professional. També s'ha demostrat una relació entre l'edat i el sexe amb l'autocompassió, però no amb l'ocupació professional. És important assenyalar que aquestes relacions poden no ser totalment significatives a causa de la petita mostra analitzada.

Paraules clau: Autocura, autocompassió, "burn out", professionals sanitaris i correlació entre variables.

RESUMEN

Este estudio analiza el nivel de autocompasión de los profesionales de la salud y su relación con las conductas de autocuidado y el "burn out". Se han utilizado tres escalas para evaluar estas tres dimensiones, así como los datos sociodemográficos obtenidos a partir de un cuestionario que han completado varios profesionales de la salud.

Los resultados muestran niveles moderados de autocuidado y autocompasión, pero con cierta presencia de "burn out". Esto indica que los profesionales realizan actividades para promover su bienestar, pero también experimentan cierto desgaste emocional. Se ha observado una correlación positiva significativa entre el autocuidado y la autocompasión, y una correlación negativa entre el autocuidado y el "burn out". No se ha encontrado una relación significativa entre la autocompasión y el agotamiento profesional. También se ha demostrado una relación entre la edad y el sexo con la autocompasión, pero no con la ocupación profesional. Es importante señalar que estas relaciones pueden no ser totalmente significativas a causa de la pequeña muestra analizada.

Palabras clave: Autocuidado, autocompasión, "burn out", profesionales sanitarios y correlación entre variables

ABSTRACT

This study analyses the level of self-compassion of health professionals and its relationship with self-care behaviours and burn out. Three scales were used to assess these three dimensions, as well as socio-demographic data obtained from a questionnaire completed by several health professionals.

The results show moderate levels of self-care and self-compassion, but with some presence of burn out. This indicates that professionals engage in activities to promote their well-being, but also experience some emotional exhaustion. A significant positive correlation has been observed between self-care and self-compassion, and a negative correlation between self-care and burn out. No significant relationship has been found between self-compassion and burnout. A relationship has also been shown between age and gender with self-compassion, but not with professional occupation. It is important to note that these relationships may not be fully significant because of the small sample analysed.

Keywords: Self-care, self-compassion, burn out, health professionals and correlation between variables.

AGRAÏMENTS

En aquest apartat voldria dedicar unes línies d'agraïment a totes aquelles persones que han estat al meu costat al llarg de tot el grau i que m'han donat suport per poder dur a terme el meu Treball de Fi de Grau.

En primer lloc, agrair a la meva família, pares, germana i al meu avi, pel suport i estima que m'han mostrat tots aquests anys d'estudi. Sense ells no hauria estat possible arribar fins aquí. També voldria agrair a la meva parella, en Pau, que m'ha animat a seguir sempre endavant, mostrant paciència i donant-me suport en aquells moments més difícils.

No em vull oblidar de les meves amigues, que gràcies a aquests anys de grau he pogut conèixer i forjar una verdadera amistat que m'emporto per tota la meva vida.

Donar les gràcies a les meves tutores del Pràcticum II de l'Institut Català d'Oncologia (ICO), Mariona, Laura i Anna, per donar-me l'oportunitat de viure una experiència gratificant i fer-me veure la gran importància que la psicologia té sobre el benestar de les persones.

Per acabar, agrair a la meva tutora, Mònica Cunill, per l'acompanyament i guia al llarg de tot aquest projecte, donant-me sempre els millors consells i recomanacions davant els entrebancs i limitacions que s'anaven presentant.

Si quieres que otros sean felices practica la compasión; y si quieres ser feliz tú,

practica la compasión

Tenzin Gyatso, el 14 Dalai Lama (2009)

ÍNDEX

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Introducció | 9 |
| 1.1. | Justificació, interès i rellevància del tema | 9 |
| 1.2. | Aproximació conceptual..... | 10 |
| 1.2.1. | Antecedents històrics..... | 10 |
| 1.2.2. | L'autocura | 13 |
| 1.2.3. | L'autocompassió | 16 |
| 2. | Objectius i Hipòtesis | 22 |
| 2.1. | Objectiu general..... | 22 |
| 2.2. | Objectius específics | 22 |
| 2.3. | Hipòtesis plantejades | 22 |
| 3. | Metodologia | 22 |
| 3.1. | Participants | 23 |
| 3.2. | Instruments | 23 |
| 3.2.1. | Dades sociodemogràfiques | 24 |
| 3.2.2. | Self-Care Scale | 24 |
| 3.2.3. | Self- Compassion Scale (SCS) | 25 |
| 3.2.4. | Maslach Burnout Inventory (MBI)..... | 26 |
| 3.3. | Procediment | 27 |
| 3.4. | Disseny i pla d'anàlisi..... | 28 |
| 4. | Resultats | 29 |
| 4.1. | Estadístics descriptius: mitjanes i desviacions típiques | 29 |
| 4.1.1. | Self-Care Scale | 29 |
| 4.1.2. | Self-Compassion Scale | 31 |
| 4.1.3. | Maslach Brunout Inventory | 32 |
| 4.2. | Correlació entre l'autocura, l'autocompassió i el "burn out" | 33 |
| 4.3. | Correlació entre l'autocompassió i les variables sociodemogràfiques | 36 |
| 4.3.1. | Correlació entre l'autocompassió i l'edat | 36 |
| 4.3.2. | Correlació entre l'autocompassió i el sexe | 37 |
| 4.3.3. | Correlació entre l'autocompassió i l'activitat laboral..... | 39 |
| 5. | Discussió | 41 |
| 6. | Conclusions | 45 |
| 7. | Limitacions i orientacions futures | 46 |
| 8. | Referències bibliogràfiques..... | 47 |
| 9. | Annexes..... | 52 |

1. Introducció

1.1. Justificació, interès i rellevància del tema

En un inici, vaig voler focalitzar el tema d'estudi a l'avaluació de les conductes d'autocura que els professionals de l'àmbit sanitari desenvolupaven. Vaig partir de la base que l'autocura era un aspecte d'especial importància que tots els professionals i persones en general haurien de tenir molt present, ja que qualsevol persona pot viure situacions adverses generadores de neguit, estrès, angoixa i patiment. Tots aquests factors poden crear un impacte negatiu sobre la salut d'aquests individus causant un malestar físic, psicològic i social. Per tant, l'autocura es converteix en un factor imprescindible de salut i benestar, aconseguint així un equilibri entre la vida personal i laboral.

Des que vaig iniciar el Pràcticum II a l'Institut Català d'Oncologia de Girona (ICO), vaig veure la necessitat de potenciar la importància d'aquest concepte. Els professionals sanitaris s'enfronten a situacions adverses diàriament i considero que és necessari disposar d'eines personals per poder gestionar les emocions que aquests contextos els comporta.

Tot i això, vaig veure que l'autocura era un concepte molt ampli, ja que es troba conformat per diverses dimensions i aspectes. Per tant, considerava necessari acotar l'àmbit d'estudi i avaluació. Comentant el treball amb la meva tutora de Pràcticum, va sorgir la idea d'avaluar l'autocompassió dels professionals sanitaris. Un concepte que no es tracta habitualment, però que té la seva importància. En el moment que es va proposar el tema, em va generar la curiositat i necessitat d'investigar i conèixer amb més profunditat aquest concepte.

Fent recerca sobre l'autocompassió, em vaig adonar que es tractava d'un factor imprescindible de protecció de cada individu, ja que aquesta inclou diversos elements com ara la mirada interna i cura cap a un mateix. Arran d'aquesta cerca, vaig qüestionar-me si l'autocompassió es trobava directament relacionada amb el desenvolupament de les conductes d'autocura.

És per això, que vaig decidir engrescar-me a poder enfocar el meu Treball de Fi de Grau en l'avaluació de l'autocompassió com a base del desenvolupament de les conductes d'autocura en els professionals de l'àmbit sanitari. Volia conèixer quina era la realitat d'aquests professionals, com vivien i reaccionaven davant les situacions adverses, en definitiva, com es cuiden, senten i pensen.

1.2. Aproximació conceptual

1.2.1. Antecedents històrics

Al llarg de la història, els professionals sanitaris han realitzat múltiples queixes relacionades amb el malestar que experimenten i les conseqüències que els comporten certes situacions viscudes dins l'àmbit laboral. Moltes d'aquestes experiències, comporten una elevada intensitat emocional que pot acabar abocant amb una possible vulnerabilitat a patir situacions d'estrès, angoixa i patiment a causa dels escenaris laborals diaris que experimenten (Benito et al., 2020). Els sanitaris treballen en entorns exigents on el patiment i el dolor emocional hi són presents. Sovint atenen situacions altament delicades, sensibles i íntimes, fet que els exigeix contenir les emocions experimentades davant dels seus pacients (Benito et al., 2011).

La pressió sota la qual han de desenvolupar les seves tasques laborals, els porta a prendre decisions incertes respecte als pronòstics mèdics dels pacients, fet que eleva la possibilitat d'exposició a l'estrès. A més a més, molts refereixen no disposar de suficients eines i estratègies per poder fer una correcta regulació emocional quan es troben davant de situacions adverses generadores de malestar. El model biomèdic per excel·lència, es centra exclusivament en l'estudi objectiu i fisiològic de l'individu. Estudien per curar a la persona. Per tant, la dimensió subjectiva que inclou les emocions, pensaments, sentiments, creences... no són considerades dins la formació acadèmica. (Benito et al., 2020).

Una recent notícia destaca que la Universitat Pompeu Fabra (UPF) incorpora una nova assignatura optativa per als estudiants del grau de Medicina de la UPF i

l'Hospital del Mar. Aquesta es troba enfocada a promoure una relació professional sanitari-pacient més “humana”, ja que la incorporació dels últims avenços tecnològics ha reduït el tracte proper, empàtic i compassiu vers els pacients. La nova optativa ha generat un gran interès entre els estudiants del grau d'aquesta mateixa universitat, tenint una taxa de matriculació del 70% dels estudiants. Aquesta notícia demostra la necessitat excessiva d'introduir l'ensenyança d'eines i habilitats pròpies de regulació emocional, per tal que els futurs professionals sanitaris puguin desenvolupar la seva tasca laboral amb tranquil·litat i satisfacció.

Aquestes queixes es van veure incrementades per culpa de la instauració de la pandèmia produïda per la COVID-19. Davant d'aquesta situació tan incerta i destructiva, molts professionals van haver de realitzar esforços extraordinaris dins d'un curt període de temps, requerint adaptacions personals, col·lectives i organitzatives inimaginables (Maunder et al., 2006).

Estudis desenvolupats en les primeres zones afectades per la primera onada de la pandèmia, com la Xina i Singapur, van permetre observar un gran impacte negatiu en diversos aspectes relacionats amb la salut mental, tals com l'aparició de l'estrès, l'ansietat, la depressió i una simptomatologia post-traumàtica. L'impacte negatiu i la gravetat dels símptomes estaven influenciats per diverses variables com l'edat, el gènere, l'ocupació, l'especialització i el tipus d'activitats realitzades (Cao et al., 2020; Chew et al., 2020; Chung i Yeung, 2020; Huang et al., 2020; Lai et al., 2020). Pel que fa a l'edat, alguns estudis determinen que el fet de ser més jove, no implica un major impacte emocional (Huang et al., 2020). De fet, quant a la influència de l'edat respecte a l'impacte emocional, no s'expressa una clara evidència en la literatura (Cabedo et al., 2022).

Seguint en la mateixa línia, un estudi realitzat a Espanya durant la pandèmia per COVID-19, demostra que s'evidenciava una relació directa entre l'angoixa emocional i els símptomes físics tals com el mal de cap, el dolor d'esquena, la fatiga i l'insomni que els professionals sanitaris arribaven a experimentar. Tot i això, la investigació específica la necessitat de dur a terme més estudis sobre la possible

relació psicossomàtica. (Cunill et al., 2020). Per tant, no només es provava l'exposició d'una simptomatologia psicològica negativa, sinó també la manifestació de possibles reaccions somàtiques associades.

Altres estudis indiquen que el treball a primera línia (Bohlken et al., 2020; Kisely et al., 2020; Que et al., 2020; Talevi et al., 2020; Vindegaard i Benros, 2020), el professional d'infermeria (García-Fernández et al., 2020; Huang et al., 2020; Lai et al., 2020; Luo et al., 2020; Vindegaard i Benros, 2020) i el gènere femení (Huang et al., 2020; Lai et al., 2020; Luo et al., 2020; Vindegaard i Benros, 2020), s'associaven a una major afectació emocional.

Una recent revisió sistemàtica que examina els efectes de la COVID-19, determina taxes més elevades d'ansietat i depressió en el personal d'infermeria respecte als metges. (Cunill et al., 2020). Els professionals de la infermeria són un dels col·lectius de risc amb més probabilitats de desenvolupar aquests indicatius de malestar conseqüents de certes situacions viscudes, a causa de l'exposició directa i constant que tenen respecte a aquests contextos. Aquest context es troba definit per un conjunt de problemes relacionats amb les condicions laborals marcades per l'escassetat de recursos laborals i personals, la sobrecàrrega de treball, les jornades laborals extenses, els horaris rotatius, els canvis de serveis no programats i l'estrès generat per situacions crítiques i demandants dels usuaris, familiars i inclús companys professionals de l'equip de treball. (Macaya i Aranda, 2020).

Tot i això, aquestes conseqüències van ser experimentades per part de tots els professionals sanitaris d'arreu del món, creant així un elevat grau d'estrès per a tot el personal de la salut que desenvolupava la seva atenció a primera línia quan la COVID-19 es trobava present (Macaya i Aranda, 2020). Les conseqüències psicològiques experimentades pels professionals sanitaris, no només han tingut un efecte durador sobre la salut mental d'aquests, sinó que també han creat interferència sobre la capacitat de proporcionar una assistència sanitària de qualitat (Cunill et al., 2020).

Actualment, la situació de crisi induïda per la pandèmia de la COVID-19, ha deixat un rastre important de conseqüències negatives que no només afecten individualment, sinó també en l'àmbit col·lectiu i institucional (Macaya i Aranda, 2020).

Els professionals sanitaris haurien de ser capaços de regular i gestionar aquells pensaments, sentiments, emocions i sensacions que els produeixen malestar. És de vital importància que adoptin mecanismes de regulació emocional cognitiva. Aquestes estratègies permeten als individus influir en les seves pròpies emocions. La seva funció es troba centrada en la presa de consciència sobre la relació existent entre l'emoció, la cognició i el comportament, així com la implementació d'estratègies d'afrontament efectives i el desenvolupament de la capacitat de producció d'emocions positives. Durant la COVID-19, les estratègies de regulació emocional efectives, que eren adquirides i aplicades pel personal d'infermeria, van resultar ser catastròfiques (Cunill et al., 2021).

Per tant, el personal sanitari ha de ser capaç de reconèixer aquelles emocions, pensaments, sentiment i somatitzacions que li generen malestar i vulnerabilitat davant les situacions adverses que viu. Ha d'adquirir les eines, habilitats i recursos necessaris perquè pugui fer una correcta regulació emocional. Aprendre a escoltar, sentir i reconèixer les necessitats i desitjos propis.

1.2.2. L'autocura

L'autocura és el conjunt d'activitats i accions que es troben enfocades a vetllar pel nostre benestar físic i mental. Consisteix a estar atent a tot aquell conjunt de sentiments, pensaments i emocions que experimentem vers les situacions que ens envolten. En resum, es tracta de protegir-nos davant les adversitats que ens pot portar la vida i poder aconseguir i mantenir un equilibri entre la vida personal i professional.

L'estat de salut d'una persona depèn, en gran manera, de les cures que aquest es faci cap a ell mateix. L'autocura és una estratègia de prevenció i promoció de conductes

saludables que contribueixen al tracte integral de la mateixa persona. L'adopció d'aquest concepte implica la realització d'una mirada interna i l'activació de diversos processos psicològics que permetin a l'individu escoltar el seu propi cos. D'aquesta manera, la persona pot identificar les sensacions generadores de malestar físic, psicològic i social i els signes d'esgotament físic, emocional i espirituals creant així, estratègies per poder fer front a aquests símptomes negatius i establir uns límits sans entre la vida personal i professional (Cancio-Bello et al., 2019).

Saakvitne et al., 1996 i Lee et al., 2013 determinen l'existència de dos tipus d'autocura: **L'autocura personal**, que es troba centrada en el conjunt de comportaments que promouen el benestar i la salut d'un mateix, i **L'autocura professional** que es troba centrada en el conjunt de comportaments que promouen el benestar i la salut dins el lloc de treball de la persona (Garrido et al., 2022).

1.2.2.1. L'autocura com a eina preventiva del malestar

La falta d'eines i estratègies pròpies de la regulació emocional i d'autocura professional, ha portat a desenvolupar múltiples problemes relacionats amb el malestar, l'estrès, l'angoixa... propis d'un marc conceptual de "*burnout*" i "*fatiga de la compassió*" (Benito et al., 2020).

Segons Cristina Maslach, una de les investigadores pioneres en aquest camp, determina el "*burnout*" com el desgast d'allò que esperem del nostre comportament envers el qual realment arribem a practicar. Es tracta d'un esgotament emocional, despersonalització i manca de realització personal que s'associa a una baixa qualitat d'atenció, insatisfacció dels pacients, augment dels errors mèdics i conseqüències personals i professionals (Benito et al., 2011).

La "*fatiga de la compassió*", és el desgast de la relació interpersonal entre el professional i el pacient produïda per una falta de recursos per gestionar tant el patiment d'un mateix com el del pacient. Repercuteix tant en l'àmbit físic com emocional i espiritual del professional. Es mostra com una sensació de cansament que provoca una disminució del desig per ajudar a altres individus. Per contra, la

“*satisfacció per compassió*”, és la gratificació dels professionals en poder atendre de manera integral als usuaris. És el procés de sanació recíproca que es dona en establir relacions significatives entre el professional i el pacient. S’associa a un augment de l’espiritualitat i de l’empatia, anomenada segons M. Kearney, “*empatia exqüisida*” o “*compassió*” (Benito et al., 2011).

Un dels mecanismes que activen el món intern del professional sanitari quan es troba davant situacions de patiment són les "neurons mirall". Aquestes neurones permeten transformar l'emoció viscuda del pacient en una pròpia experiència a causa de la mirada empàtica i comprensiva que el sanitari adopta envers la persona que té al davant. Això pot explicar el fet que molts professionals eviten atendre de manera integral els pacients, ja que volen evitar activar aquest mecanisme. És per això que molts d'ells creen un bloqueig emocional evitant així sentir-se reflectits davant la situació del pacient (Benito et al., 2011).

Els professionals sanitaris han de fer un pas més enllà en la seva formació acadèmica. La majoria d’aquesta se centra en un model biomèdic focalitzat al tracte exclusiu de la simptomatologia clínica que el pacient presenta. El professional ha de ser capaç de comprendre els mecanismes neurobiològics subjacents a l’empatia i la compassió, per tal de poder mantenir la seva capacitat per treballar de manera eficient i gaudir de la seva tasca laboral. L’aplicació d’algunes tècniques d’atenció plena i autoconsciència permeten a l’individu poder fer un exercici intrapersonal identificant així quines són les eines i tècniques essencials per tal d’assolir una bona regulació emocional.

1.2.2.2. Models d'autocura existents i estratègies de prevenció i tractament al desgast laboral

Morales i Lira (2000), determinen l’existència de quatre models d’autocura en professionals. El model de **reivindicació social**, es troba enfocat a l’anàlisi crítica de les condicions institucionals en les quals els professionals desenvolupen les seves tasques laborals i que influeixen en la seva satisfacció laboral. Seguidament, el model d’**identitat social**, centrat en els aspectes relacionats amb la identitat

grupals que permeten al professional atendre les seves dificultats laborals. El model de **sociabilitat**, remarca els aspectes lúdics, socials i recreatius dins els equips de treball. Finalment, el model d'**impacte emocional**, referent als aspectes del treball terapèutic i la simptomatologia associada que aquests professionals adopten (Isabel, 2007).

Altres autors determinen estratègies més específiques i útils per promoure conductes d'autocura i prevenir així, el desgast laboral. Algunes d'elles són les següents (Benito et al., 2011):

- El **desenvolupament de la proactivitat**, que comporta connectar amb la pròpia respiració. Si la persona és capaç de connectar de manera conscient amb la respiració quan es troba en moments de tensió, deixarà temps per poder cercar la resposta més correcta en funció dels seus valors i objectius. D'aquesta manera, aconseguirà tenir un control actiu sobre el seu propi cos.
- Actuar de manera imparcial davant contextos d'elevat impacte emocional, implica el **desenvolupament de l'autoconsciència**, és a dir, observar amb consciència plena els canvis interns i externs que es produeixen. Per tant, ser capaç de centrar-se en el que succeeix *aquí i ara*.
- Dos mètodes útils per fomentar l'autoconsciència són la **meditació** i l'**escriptura reflexiva**, per tal d'expressar lliurement els sentiments, pensaments i emocions experimentats al llarg del dia, ajudant així a atendre amb més consciència els estímuls presents.
- També és important **identificar i gestionar les emocions i els pensaments conscientment**, fet que implica entendre's a un mateix. Finalment, també és útil incorporar a la nostra rutina diària **hàbits d'autocura emocional**, aprendre a parar, analitzar i actuar (Benito et al., 2011).

1.2.3. L'autocompassió

L'autocompassió és una pràctica i constructe que es remunta en els orígens de la psicologia budista. Ha estat estudiada des de fa més de 2600 anys, tot i que ha estat recentment incorporada dins l'àmbit clínic (Araya i Moncada, 2016). Segons

Sharon Salzberg (1995), l'autocompassió és un dels elements centrals de la pràctica del “*Mindfulness*”.

Fent una revisió del concepte de **compassió**, es tracta d'un sentiment de bondat, cura i comprensió vers les persones que senten dolor. (Germer i Siegel, 2012). Segons Cassell la compassió va molt més enllà de mostrar amabilitat. Inclou una cognició, afecte, intenció i motivació destinats a alleugerir el patiment de les persones (Mills i Chapman, 2016). Aquest constructe incorpora el desig de voler disminuir el malestar de la persona i brindar felicitat i experiències emocionals positives a la persona en qüestió i a un mateix (Salzberg, 1995, Walpola, 1974). Es tracta de tenir la capacitat biològica de cura envers els altres, capacitat empàtica i calidesa emocional (Gilbert, 2005). És una emoció positiva indispensable de disposar dins el camp mèdic. Tot i que per culpa de certs factors intrínsecs, extrínsecs i organitzacionals, el desenvolupament de la compassió pot resultar ser una tasca difícil. (Fernando et al., 2014). **L'autocompassió** és l'aplicació de totes aquestes característiques envers la pròpia experiència (Araya i Moncada, 2016).

Kristin Neff ha estat una de les pioneres en l'estudi de l'autocompassió. L'autora determina la importància d'aquest concepte, ja que implica tenir una actitud receptiva envers el patiment. No es tracta tan sols d'evitar criticar-nos quan hem fallat en alguna cosa. L'autocompassió va molt més enllà. Implica ser comprensiu amb nosaltres mateixos, aprenent així a gestionar les emocions doloroses quan ens trobem davant situacions que ens generen malestar i patiment (Neff, 2012). Ser autocompassiu significa confort i motivació envers un mateix quan es fracassa, aprenent i creixent dels errors que es cometem.

1.2.3.1. Dimensions de l'autocompassió

Neff (2015), determina que l'autocompassió està conformada per tres dimensions que interactuen entre si. Aquestes són pròpies d'un marc conceptual de mentalitat autocompassiva i es poden manifestar davant de situacions on el dolor i el patiment emocional hi són presents. Aquestes són: la **bondat cap a un mateix**, la **humanitat**

compartida i l'atenció plena. Per contra, també apareixen les dimensions oposades a l'autocompassió. Aquestes són: El **judici cap a un mateix**, la **sobre-identificació** i l'**aïllament**.

El primer element, **la bondat cap a un mateix**, fa referència al fet de mostrar calidesa i comprensió envers nosaltres mateixos quan experimentem un dolor o patiment, en comptes d'ignorar el dolor emocional experimentat. Les persones autocompassives reconeixen els seus fracassos i dificultats. El seu contrari és **l'auto-judici o auto-crítica** que destaca pel desenvolupament d'un sentiment d'hostilitat i demanda constant vers un mateix.

El segon element, la **humanitat compartida**, es troba enfocat a reconèixer que el patiment i el fracàs formen part d'una experiència humana conjunta. És a dir, ser capaç d'identificar que els propis errors també són experimentats en similar mesura per les persones que ens envolten. El sentiment d'humanitat compartida, porta a crear comparacions socials sanes que promouen una bona autoestima. El seu contrari és l'**aïllament**.

Finalment, **l'atenció plena** o **Mindfulness**, constitueix el punt de partida per esdevenir una persona autocompassiva. Implica ser conscient de les experiències doloroses sense ignorar els pensaments i emocions desagradables que s'experimenten (Neff, 2003). Implica tenir una consciència equilibrada, atenent en tot moment tot el que succeeix al nostre entorn, acceptant i escoltant els errors que es cometem. El seu contrari és la **sobre-identificació**.

1.2.3.2. Obstacles i beneficis de l'autocompassió

Una de les frases més destacables de Carl Rogers (1961) és la següent: *“La curiosa paradoja de la vida es que cuando me acepto como soy, entonces puedo cambiar”*. Aquesta frase ens demostra que l'autocompassió és una eina de canvi. Ser compassiu amb un mateix, implica estimar-se, acceptar els errors i continuar amb les fites proposades. Per contra, les persones que no disposen d'aquesta gran habilitat, s'autocritiquen reforçant els errors que han comès (Germer i Simón, 2011).

L'autocrítica comporta una seguretat. El fet de criticar-nos i mostrar el remordiment a les altres persones fa que aquestes es mostrin més afectuoses amb nosaltres. Això desenvolupa un espai de seguretat que desemboca en un increment de l'autocrítica. Per altra banda, les persones autocompassives són amables amb elles mateixes, ja que no necessiten l'acceptació de les altres persones per ser felices. Per tant, és més difícil desenvolupar aquesta seguretat. Ser autocompassiu no és una tasca senzilla, però es pot desenvolupar amb la pràctica. (Germer i Simón, 2011)

L'autocompassió comporta molts beneficis, ja que s'associa al benestar, la intel·ligència emocional, la connexió social, la satisfacció vital, els sentiments de competència, la felicitat, l'optimisme i la saviesa. Les persones autocompassives, destaquen per tenir una major autoestima. Aquestes, no la disposen per comparar-se amb altres persones, sinó pel confort i l'acceptació que es tenen quan aquestes fracassen o s'equivoquen (Neff, 2011).

1.2.3.3. El Mindfulness

El concepte de "*mindfulness*", prové del budisme i s'entén com a la presa de consciència del present on la persona fa una observació sobre el moment actual en què es troba sense interferir en aquest. Aquest estat de consciència, es fomenta per una regulació de l'atenció i implica desenvolupar una actitud de curiositat i acceptació vers un mateix (Orellana-Rios et al., 2018).

Estudis previs, han demostrat l'eficàcia de les intervencions basades en l'aplicació de la consciència produint així una reducció de l'estrès, de l'esgotament, de l'ansietat i de la depressió. A més a més, també millora l'autocompassió i el benestar espiritual de les persones que ho practiquen (Orellana-Rios et al., 2018).

La "*meditació mindfulness*" consisteix en l'aplicació de tres habilitats o processos mentals: La **consciència focalitzada en un sol punt** (concentració), la **consciència en el camp obert** (*mindfulness*) i la **bondat amorosa** (compassió). Focalitzar l'atenció en un sol objecte, ens ajuda a descansar la ment. Cercar un objecte que no produeixi rebuig i deixar que la ment es relaxi. Tot i això, la persona no pot estar

tota la vida centrant l'atenció en un sol punt. S'han de fer front a pensaments, emocions i sentiments que generen malestar. El mindfulness és una eina útil per poder fer front a tot aquest conjunt d'aspectes intrusius. Prendre consciència de la ment a través d'una atenció equilibrada que permeti a l'individu atendre a aquests pensaments. Tot i aplicar la concentració i el mindfulness, les emocions, pensaments i sentiments intrusius, generen malestar. Per tant, entra en joc la bondat amorosa. Mostrar compassió vers una altra persona, ajuda a alleugerir aquests indicatius de malestar. Mostrar calidesa i confort vers els altres, ajuda a disminuir el patiment tot i no poder canviar les circumstàncies vitals de l'altra persona. Però el desenvolupament de l'autocompassió també és d'especial importància. A mesura que l'individu es torna més adult, deixa de tenir la figura d'aferrament i protecció al seu costat mostrant cura i bondat continuadament. Aquesta habilitat és de gran rellevància adquirir-la, ja que la persona necessita cuidar-se i realitzar una mirada interna per tractar tots aquells aspectes que li generen malestar. (Germer, Simón, 2011)

Aquestes tres habilitats van lligades de la mà i són fonamentals per realitzar una correcta "*meditació mindfulness*". Totes tres aporten aspectes positius diferents i que es complementen entre si.

1.2.3.4. L'autocompassió com a base de l'autocura i la seva importància en el context clínic

L'autocura no és una pràctica que s'hagi de realitzar per tal de desconnectar quan el professional surt del seu àmbit laboral, sinó que es converteix en una manera de ser, estar i experimentar.

El "burn out" i la "fatiga de la compassió" són conceptes que es troben molt presents en la vida diària dels professionals, ja que no disposen de suficients eines o recursos per fer una bona gestió emocional. Dins la medicina, s'ha considerat que la capacitat per mantenir la serenitat i l'equilibri emocional en la relació terapèutica és una virtut (Benito, 2019). Però el professional presenta moltes dificultats en comprendre els

pensaments, sentiments i emocions dels seus pacients si és incapaç de reconèixer aquests mateixos en la seva persona.

Atendre el patiment del pacient implica connexió amb aquest i, alhora, auto regular les expressions que s'experimentin sense deixar que aquestes produeixin un sobre-impacte. L'empatia és una eina que permet compartir els sentiments i les emocions que acaben conduint cap a la compassió, és a dir, la capacitat de mostrar calidesa, bondat i cura vers els altres (Benito et al., 2020). Però tot i això, es manté la necessitat d'incorporar eines i estratègies per auto regular les emocions experimentades.

En funció de les actituds que els professionals adoptin per regular l'impacte de les situacions viscudes, modularan la qualitat d'atenció que aquests facin vers els seus pacients. Això porta a introduir l'autoconsciència.

Segons Kearney (Benito et al., 2020), l'autoconsciència implica un autoconeixement que s'aboca amb el desenvolupament d'una doble consciència que permet atendre i avaluar les necessitats del pacient a l'hora que atendre les pròpies necessitats. Per tant, l'autoconsciència s'acaba convertint en un factor imprescindible, propi d'un model d'autocura. Aquesta permetrà que els professionals puguin aprendre, gaudir i trobar sentit a la seva professió.

Quan el nivell d'autoconsciència és elevat, el professional és capaç d'atendre i entendre les emocions experimentades. En definitiva, és capaç de tractar-les i cuidar-les, mostrant així una compassió cap a un mateix. Aquesta bondat, comprensió i calidesa emocional cap a un mateix, resulta ser l'autocompassió (Benito, 2019).

El professional necessita respectar els sentiments, pensaments i emocions que experimenta, acceptar-los i validar-los. Necessita fer una mirada interna per saber com es troba el seu món interior. En definitiva, necessita cuidar-se per després oferir una atenció de qualitat als seus pacients.

2. Objectius i Hipòtesis

2.1. Objectiu general

L'objectiu principal del present estudi és avaluar el nivell d'autocompassió que els professionals de l'àmbit sanitari adopten i si aquest es troba estretament relacionat amb el desenvolupament de conductes que aquests professionals incorporen per promoure l'autocura.

2.2. Objectius específics

- Avaluar els nivells d'autocura, autocompassió i "burn out" que adopten els professionals de l'àmbit sanitari.
- Comprovar si existeix correlació entre autocompassió i autocura, entre autocompassió i "burn out" i entre autocura i "burn out".
- Investigar si existeix correlació entre l'autocompassió i les variables sociodemogràfiques com l'edat, el sexe i l'activitat laboral.

2.3. Hipòtesis plantejades

- Els professionals sanitaris amb un elevat grau d'autocompassió, disposen de nivells elevats d'autocura.
- El col·lectiu d'infermeria adopta un nivell més baix d'autocompassió respecte a la resta de professionals. Per tant, aconsegueix menys activitats d'autocura.

3. Metodologia

En aquest apartat, es detalla quin ha estat el mètode d'investigació per dur a terme l'estudi corresponent. En primer lloc, es concreta la mostra participant, seguidament els instruments utilitzats, els procediments emprats per la realització de la investigació i finalment, el disseny i el pla d'anàlisi dels resultats obtinguts.

3.1. Participants

Aquest estudi s'ha realitzat amb una mostra de 28 professionals sanitaris: 25 dones corresponents al 89,3% de la mostra i 3 homes corresponent al 10,7% dels participants.

| Sexe | Nombre de participants | Percentatge |
|---------------------------|------------------------|---------------|
| Dona | 25 | 89,3% |
| Home | 3 | 10,7% |
| Total participants | 28 | 100,0% |

Taula 1 *Distribució de la mostra en funció del sexe.*

Les seves edats es troben compreses entre els 19 i 63 anys, sent la seva mitjana de 40 anys i una desviació típica del 12,61, fet que ens indica una elevada dispersió de dades, és a dir, les edats dels participants no es troben agrupades al voltant de la mitjana d'edat de tots ells.

| Nombre de participants | Edat mínima | Edat màxima | Mitjana | Desviació típica |
|------------------------|-------------|-------------|---------|------------------|
| 28 | 19 anys | 63 anys | 40 anys | 12,61 |

Taula 2 *Anàlisi de la mitjana i la desviació típica de l'edat dels participants.*

3.2. Instruments

Per dur a terme aquest estudi, s'ha emprat un conjunt de preguntes sociodemogràfiques i tres instruments diferents avaluadors de l'autocura, l'autocompassió i el "burn out".

A més de comptar amb la utilització d'aquests instruments, també es va incloure una pregunta referent al consentiment voluntari de cada participant per l'ús confidencial de les seves dades per a la realització del present estudi.

3.2.1. Dades sociodemogràfiques

El corresponent qüestionari està conformat per 12 preguntes que recullen les variables sociodemogràfiques de cada participant, així com les característiques específiques referents al seu àmbit laboral.

Entre aquestes variables, s'inclouen dades referents al sexe, l'edat, el centre educatiu i el nivell d'estudis actuals, l'activitat laboral, l'especialitat professional, els anys d'experiència laboral, la jornada laboral, la unitat de treball habitual, el centre sanitari en el qual es desenvolupa la tasca laboral, la comarca en la qual es desenvolupa la tasca laboral i la formació destinada al treball personal.

3.2.2. *Self-Care Scale*

L'escala "Self-Care Scale" se centra a avaluar les maneres que tenim de cuidar-nos i tractar-nos a nosaltres mateixos. Pel seu desenvolupament, va ser necessari aprofundir en les tres dimensions indispensables i constituents de l'autocura. La **dimensió material** se centra en la capacitat de buscar experiències i aspectes positius i satisfer les pròpies necessitats. La **dimensió interna** implica el desenvolupament de la capacitat intrapsíquica de mirar-se cap a un mateix de manera positiva i realista. Finalment, la **dimensió interpersonal** es relaciona amb la capacitat de crear interaccions positives amb altres per satisfer les pròpies necessitats d'atenció i suport (Gonzalez et al., 2017).

Arran de les definicions establertes de cada dimensió, van sorgir diversos ítems que conformarien el qüestionari. La primera versió d'aquest, estava constituïda pels següents ítems: conducta autodestructiva, dificultat per rebre i acceptar ajuda, manca de tolerància a l'afecte positiu, l'autocura física, l'absència d'activitats positives i l'autoprotecció. Aquests elements constituïen un conjunt de 49 preguntes per a avaluar l'autocura de cada professional sanitari (Gonzalez et al., 2018).

En aquest estudi s'ha utilitzat la darrera versió de l'escala "Self-Care Scale". La revisió final d'aquesta consta de 31 preguntes que avaluen les següents àrees: Conducta auto-destructiva (AD) (tendència a tractar-se malament), falta de

tolerància a l'efecte positiu (TA) (no tolerar els comentaris positius d'altres persones), problemes per deixar-se ajudar (PA) (dificultat per demanar ajuda i deixar que els altres ajudin), ressentiment per la no reciprocitat (R) (expectativa de rebre atenció recíproca dels altres), no activitats positives (NP) (manca d'activitats positives) i no atendre a les pròpies necessitats (NN) (tendència a ignorar les pròpies necessitats) (Gonzalez et al., 2017).

La versió emprada per la realització del present estudi és l'última revisió de l'escala creada per González-Vazquez et al. (2018). Consta de 31 situacions on s'ha d'indicar mitjançant una escala tipus Likert¹ amb puntuacions que van des d'1 a 7, corresponent 1 a molt d'acord i 7 a molt en desacord. No existeix una puntuació específica que determini un nivell baix o alt d'autocura. Tot i això, com més alta és la puntuació, més nivell d'autocura es presenta i a la inversa.

3.2.3. *Self- Compassion Scale (SCS)*

L'escala "*Self- Compassion Scale (SCS)*", va ser elaborada per Neff (2011). És una eina d'avaluació dissenyada per mesurar el grau en què els participants són compassius amb ells mateixos.

Aquesta escala està conformada per 6 dimensions: Auto-amabilitat ("tracto de ser afectuós/a amb mi mateix/a quan sento malestar emocional"), auto-judici ("desaprovo els meus propis defectes i incapacitats i sóc crític/a respecte a ells"), humanitat compartida ("quan les coses em van malament, veig les dificultats com a part del que a tothom li toca viure"), aïllament ("quan penso en les meves deficiències, tendixo a sentir-me més separat/a i aïllat/a de la resta del món"), Mindfulness ("quan alguna cosa em disgusta, tracto de mantenir les meves emocions en equilibri") i sobre-identificació ("quan em sento baix/a d'ànim, tendixo a obsessionar-me i a fixar-me en tot el que em va malament") (Garcia-Campayo et al, 2014).

¹ L'escala de Likert és un mètode de recerca que utilitza una escala de qualificació per a conèixer el nivell d'acord i desacord de les persones sobre un tema. Creada en 1932 pel psicòleg americà Rensis Likert, l'escala pretén no limitar les respostes a "sí" o "no".

La versió utilitzada per la realització del present estudi és l'adaptació de la SCS en espanyol realitzada per Garcia-Campayo et al, 2014. Aquesta compta amb 26 preguntes on s'ha d'indicar mitjançant una escala tipo Likert d'1 a 5, sent 1 igual a quasi mai i 5 corresponent a quasi sempre. La puntuació de cada dimensió es calcula duent a terme la mitjana de les respostes de les preguntes corresponents a cada una d'elles (Campayo-Garcia et al, 2014). Les dimensions d'auto-judici, aïllament i sobre-identificació, comporten connotacions negatives, per tant, com més elevada és la puntuació obtinguda en aquests tres ítems, menor serà el nivell d'autocompassió. Per contra, la resta de dimensions aporten connotacions positives i, en conseqüència com més gran és la puntuació, major serà l'autocompassió. Finalment, la puntuació total s'aconsegueix a partir de la suma directa dels ítems positius i la suma inversa dels ítems negatius (en els quals una puntuació de 5 equival a 1 i una puntuació d'1 equival a 5 punts). D'aquesta manera, si la puntuació mitjana final és més alta, significa que l'individu té un major nivell d'autocompassió i a la inversa.

3.2.4. *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

L'escala de "burn out" es centra en avaluar els sentiments i actituds dels professionals en relació al seu lloc de treball, així com el desgast laboral que aquests poden patir.

Aquest inventari va ser desenvolupat per Maslach i Jackson (1981). A partir de les seves primeres aplicacions a mostres de treballadors estatunidencs, es van poder identificar 4 factors indispensables constituents d'aquest instrument: Esgotament emocional (valora la vivència d'estar exhaust emocionalment per les demandes del lloc de treball), despersonalització (valora el grau en què cada un reconeix les actituds d'aïllament), manca de realització personal (avalua els sentiments d'autoeficàcia i realització personal en el lloc de treball) i manca d'involucrament (avalua el grau d'implicació en les tasques laborals). Aquest últim ítem no es va incloure com a dimensió fixa dins l'inventari definitiu, sinó com a un factor opcional d'aquest (Pérez et al. 2012).

La versió utilitzada per la realització del present estudi, és l'inventari original desenvolupat per Maslach i Jackson (1981). Consta de 22 ítems avaluadors de les tres dimensions descrites prèviament on s'ha d'indicar mitjançant una escala tipològica Likert d'1 a 5 (sent 1 igual a mai i 5 igual a diàriament) el grau d'afinitat a les diverses situacions proposades. Puntuacions elevades als factors d'esgotament emocional i despersonalització i baixa en la dimensió de realització personal, indiquen presència de síndrome. Per a facilitar la interpretació de la puntuació final del nivell de "burn out", s'ha seguit el mateix procediment que a l'escala SCS: s'ha calculat la suma inversa dels factors negatius i la suma directa de les puntuacions del factor positiu i s'ha calculat la mitjana final. De manera que una puntuació final alta indica un major nivell de "burn out" i a la inversa.

3.3. Procediment

El desenvolupament d'aquesta investigació, va començar amb la cerca dels instruments que permetrien recollir les dades necessàries per a assolir els objectius establerts i analitzar les hipòtesis plantejades.

Es va utilitzar la plataforma "Google Forms" per elaborar el qüestionari, recollint així les dades qualitatives i quantitatives dels instruments descrits anteriorment. Dins d'aquest document, es trobava un missatge destinat a informar els participants sobre la voluntarietat i anonimat de la informació obtinguda. L'aplicació d'aquest qüestionari es va fer virtualment mitjançant la seva difusió a través de WhatsApp i per publicacions en xarxes socials com Instagram, LinkedIn, Twitter i Telegram, demanant a l'hora que es fes difusió a altres grups/contactes per tal de poder recollir una mostra més àmplia. Es va escriure el següent missatge per fer-ho possible:

"Hola!, sóc la Cristina Searle, estudiant de quart de Psicologia de la Universitat de Girona (UdG).

Actualment, estic fent el meu Treball de Fi de Grau (TFG) que tracta d'avaluar el nivell d'autocompassió que els professionals de l'àmbit sanitari adopten i si aquest, es troba estretament relacionat amb el desenvolupament de conductes que aquests incorporen a la seva vida diària per tal de promoure l'autocura.

És per això, que agrairia molt, que si ets o coneixes a un professional que treballi en l'àmbit hospitalari, disposessis de 10 minuts per respondre a la següent enquesta. La teva col·laboració i difusió resultarà ser de gran ajuda”.

Finalment, es va utilitzar el programa IBM SPSS 28 per fer l'anàlisi estadística de les dades obtingudes. Les variables sociodemogràfiques van ser agrupades per categories en funció de les respostes de cada participant i les dades aconseguides de les tres escales ("Self-Care Scale", "Self-Compassion Scale" i "Maslach Burnout Inventory"), van ser tractades en funció de les seves puntuacions totals i les aconseguides per a cada factor en funció de l'escala usada.

3.4. Disseny i pla d'anàlisi

Aquest estudi resulta ser una investigació descriptiva amb metodologia mixta, ja que s'ha comptat amb l'anàlisi de variables qualitatives i quantitatives.

Pel que fa al pla d'anàlisi, s'han realitzat estadístics descriptius (**mitjanes i desviacions típiques**) de les escales utilitzades (“Self-Care Scale”, Self-Compassion Scale” i “Maslach Burnout Inventory”) i les seves dimensions. Seguidament, s'ha realitzat la **Correlació de Pearson**² per investigar la possible relació entre les tres escales utilitzades i la correlació entre l'autocompassió i les edats dels subjectes participants. També s'ha aplicat la prova **T-d'independència**³ (comparació de mitjanes) per observar la possible relació entre l'autocompassió i la variable sociodemogràfica del sexe. Finalment, s'ha aplicat la prova **ANOVA**⁴ per explorar l'existència de correlació entre l'autocompassió i l'activitat laboral dels participants.

² El Coeficient de Correlació de Pearson és un mètode propi de l'estadística paramètrica, que s'usa per a conèixer la relació entre dues variables quantitatives.

³ La comparació de mitjanes abasta la comparació dels valors d'una variable contínua segons els valors d'una variable (o factor) que es pot resumir en dos o més categories

⁴ La tècnica d'anàlisi de variància (ANOVA) també coneguda com a anàlisi factorial i desenvolupada per Fisher al 1930, constitueix l'eina bàsica per a l'estudi de l'efecte d'un o més factors (cadascun amb dos o més nivells) sobre la mitjana d'una variable contínua.

4. Resultats

Els resultats d'aquesta investigació, es trobaran reflectits en tres blocs diferents en funció dels objectius prèviament establerts. Primerament, es mostraran les mitjanes i desviacions típiques dels resultats obtinguts de les tres escales i sub-escales avaluades (“Self-Care Scale”, “Self-Compassion Scale” i “Maslach Burnout Inventory”), seguidament, les correlacions existents entre les diferents escales i, finalment, les possibles correlacions establertes entre l'autocompassió i les variables sociodemogràfiques edat, sexe i activitat laboral.

4.1. Estadístics descriptius: mitjanes i desviacions típiques

4.1.1. *Self-Care Scale*

A continuació es mostren els resultats obtinguts de l'anàlisi d'estadística descriptiva realitzada sobre els resultats de l'escala “Self-Care Scale”:

| | Nombre de participants | Puntuació mínima | Puntuació màxima | Mitjana | Desviació típica |
|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| Conducta autodestructiva | 28 | | | 5,00 | 1,44 |
| Falta de tolerància a l'afecte positiu | 28 | | | 4,02 | 1,40 |
| Problemes per deixar-se ajudar | 28 | | | 4,41 | 1,65 |
| Ressentiment | 28 | | | 4,50 | 1,34 |
| No activitats positives | 28 | | | 5,43 | 1,37 |
| No atendre a les pròpies necessitats | 28 | | | 3,89 | 1,23 |
| Total Autocura | 28 | 2,19 | 6,84 | 4,53 | 1,20 |

Taula 3 Resultats estadístics descriptius de l'escala "Self-Care Scale".

Fent referència als factors constituents de l'escala d'autocura, es comenten els següents resultats: Pel que fa a la conducta autodestructiva, s'obté una mitjana de

5,00 i una desviació típica d'1,44. Per la falta de tolerància a l'afecte positiu, s'assoleix una mitjana de 4,02 i una desviació típica d'1,40. Continuant amb els problemes per deixar-se ajudar, s'aconsegueix una mitjana de 4,41 i una desviació típica d'1,65. Pel que fa al ressentiment, s'obté una mitjana de 4,50 i una desviació típica d'1,34. Amb les activitats positives, s'assoleix una mitjana de 5,43 i una desviació típica d'1,37. Finalment, pel que fa a no atendre les pròpies necessitats, s'aconsegueix una mitjana de 3,89 i una desviació típica d'1,23.

Amb aquests resultats podem observar com els participants presenten un nivell moderat de cada un dels ítems analitzats essent la realització d'activitats positives el factor més ben treballat per part dels enquestats que, per contra, presenten més dificultats a l'hora d'atendre les seves pròpies necessitats. Les desviacions típiques obtingues són bastant similars respecte a totes les sub-escalaes avaluades i ens indiquen que pot haver-hi una certa variabilitat en les respostes individuals tot i que, al no tenir valors molt elevats, podem considerar que les diferències entre les respostes dels individus analitzats no són molt significatives.

Finalment, pel que fa a l'escala d'autocura, avaluada sobre 7 punts, s'obté una mitjana total de 4,53 i una desviació típica d'1,20. Es destaca una puntuació mínima de 2,19 i una puntuació màxima de 6,84 fet que ens indica la diversitat de resultats que s'han obtingut entre els professionals que han completat el test. Així i tot, amb la mitjana de les dades obtingudes, s'observa un nivell mitjà-alt d'autocura. La desviació típica obtinguda ens indica que els valors de les puntuacions individuals s'agrupen al voltant de la mitjana obtinguda. No obstant això, també es considera que hi ha una certa variabilitat en les respostes individuals, la qual cosa suggereix que alguns professionals poden necessitar més suport per a millorar la seva autocura en comparació amb uns altres. Aquests resultats poden ser útils per a identificar àrees de millora i dissenyar estratègies de suport específiques per a promoure l'autocura entre els professionals sanitaris avaluats com, per exemple, millorar la falta de tolerància a l'afecte positiu o l'atenció a les pròpies necessitats.

4.1.2. *Self-Compassion Scale*

A continuació es mostren els resultats obtinguts de l'anàlisi d'estadística descriptiva realitzada sobre els resultats de l'escala "Self-Compassion Scale":

| | Nombre de participants | Puntuació mínima | Puntuació màxima | Mitjana | Desviació típica |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| Auto amabilitat | 28 | | | 2,94 | 0,97 |
| Humanitat comuna | 28 | | | 2,52 | 0,89 |
| Mindfulness | 28 | | | 3,25 | 0,93 |
| Auto judici | 28 | | | 3,29 | 0,93 |
| Aïllament | 28 | | | 3,75 | 1,11 |
| Sobre identificació | 28 | | | 3,43 | 0,83 |
| Total Autocompassió | 28 | 1,85 | 4,54 | 3,19 | 0,76 |

Taula 4 Resultats estadístics descriptius de l'escala "Self-Compassion Scale".

Fent referència a les dimensions constituents de l'escala d'autocompassió, es comenten els següents resultats: En relació amb l'auto amabilitat, s'obté una puntuació mitjana de 2,94 amb una desviació típica de 0,97. Pel que fa a la humanitat comuna, la puntuació mitjana és de 2,52 amb una desviació típica de 0,89. Respecte al mindfulness, s'obté una puntuació mitjana de 3,25 amb una desviació típica de 0,93. Quant a l'auto judici, la puntuació mitjana és de 3,29 amb una desviació típica de 0,93. Per a l'aïllament, la puntuació mitjana és de 3,75 amb una desviació típica d'1,11. Finalment, en relació amb la sobre identificació, s'obté una puntuació mitjana de 3,43 amb una desviació típica de 0,83.

A partir dels resultats presentats anteriorment, podem considerar que les puntuacions obtingudes tendeixen a situar-se prop de la puntuació mitjana de cada una de les sub-escalaes avaluades. S'han obtingut puntuacions mitjanes molt similars que indiquen nivell estàndard d'autocompassió. Tot i això, cal destacar que en els

ítems d'auto amabilitat i humanitat comuna, les puntuacions han disminuït lleugerament, per tant, aquests serien els dos aspectes a treballar per part dels individus analitzats per a millorar la seva autocompassió.

Continuant amb els resultats totals d'autocompassió, avaluada sobre 5 punts, s'obté una mitjana de 3,19 i una desviació típica de 0,76. En aquest cas, s'observa una lleugera dispersió de les dades respecte a la mitjana total. Es destaca una puntuació mínima d'1,85 i una puntuació màxima de 4,54. Tot i això, amb la mitjana obtinguda, es pot determinar l'existència d'un nivell mitjà d'autocompassió. En resum, els resultats del test d'autocompassió indiquen que, en mitjana, els professionals sanitaris avaluats mostren uns certs nivells d'autocompassió i habilitats relacionades, com poc aïllament, un bon auto judici i la sobre identificació.

4.1.3. *Maslach Brunout Inventory*

A continuació es mostren els resultats obtinguts de l'anàlisi d'estadística descriptiva realitzada sobre els resultats de l'escala "*Maslach Brunout Inventory*":

| | Nombre de participants | Puntuació mínima | Puntuació màxima | Mitjana | Desviació típica |
|-------------------------|------------------------|------------------|------------------|-------------|------------------|
| Esgotament emocional | 28 | | | 2,65 | 0,80 |
| Despersonalització | 28 | | | 1,95 | 0,81 |
| Realització personal | 28 | | | 1,84 | 0,64 |
| Total "Burn out" | 28 | 1,23 | 3,41 | 2,20 | 0,64 |

Taula 5 Resultats estadístics descriptius de l'escala "*Maslach Brunout Inventory*".

Fent referència als factors constituents de l'escala "burn out", es comenten els següents resultats: Pel que fa a l'esgotament emocional, s'obté una mitjana de 2,65 i una desviació típica de 0,80. Continuant amb l'escala de despersonalització que presenta una mitjana d'1,95 i una desviació típica de 0,81. Finalment, pel que fa al factor realització personal, s'obté una mitjana d'1,84 i una desviació típica de 0,64.

Amb els resultats obtinguts, s'observa una baixa dispersió de les dades respecte a la mitjana de les tres dimensions avaluades. Les puntuacions mitjanes de les escales de despersonalització i realització personal, han estat menors respecte a l'escala d'esgotament emocional, que adopta una puntuació més elevada indicadora d'un major esgotament emocional i convertint aquest factor en el qual produeix més "burn out" als individus analitzats.

Finalment, pel que fa a la puntuació total, els valors proporcionats indiquen que els professionals sanitaris van assolir una puntuació mínima d'1,23 i una puntuació màxima de 3,41, amb una puntuació mitjana de 2,20 i una desviació estàndard de 0,64. Aquests resultats suggereixen que, en general, els professionals sanitaris avaluats mostren un nivell mitjà-baix de "burn out" amb una variabilitat moderada en les puntuacions totals.

En resum, els resultats del test de "burn out" indiquen que, en mitjana, els professionals sanitaris experimenten un nivell moderat de cansament emocional. No obstant això, mostren una baixa tendència a la despersonalització i una bona realització personal, la qual cosa implica que mantenen una connexió emocional amb els pacients. És important tenir en compte que aquests resultats proporcionen una visió general i que pot haver-hi variacions individuals significatives en l'experiència del "burn out" entre els professionals sanitaris avaluats.

4.2. Correlació entre l'autocura, l'autocompassió i el "burn out"

En aquest cas, s'utilitza la correlació de Pearson pel fet que es busca avaluar la relació lineal entre les tres dimensions avaluades: autocura, autocompassió i burnout. La correlació de Pearson és especialment adequada quan es vol analitzar la relació entre dues variables contínues.

Per a utilitzar la correlació de Pearson de manera apropiada, s'han de complir algunes condicions:

- Les variables han de ser contínues: En aquest cas, les tres dimensions avaluades (autocura, autocompassió i “burn out”) són mesures contínues, ja que es van utilitzar tests que generen puntuacions numèriques.
- La relació ha de ser lineal: La correlació de Pearson assumeix una relació lineal entre les variables. Això significa que s'espera que els canvis en una variable estiguin relacionats amb canvis proporcionals en l'altra variable. Si la relació entre les variables és no lineal, la correlació de Pearson pot no ser apropiada.
- Les variables han de tenir una distribució aproximadament normal: Encara que la correlació de Pearson és robusta davant desviacions lleus de la normalitat, és recomanable que les variables tinguin una distribució aproximadament normal per a obtenir resultats més de confiança.

En aquest cas, s'assumeix que es van complir aquestes condicions, ja que es van utilitzar tests i es van obtenir puntuacions numèriques per a cadascuna de les dimensions avaluades. A més, no s'esmenta la presència de relacions no lineals ni desviacions extremes de la normalitat. Per tant, la correlació de Pearson és apropiada i es poden interpretar els resultats obtinguts.

A continuació, es mostren els tipus de correlacions existents entre les puntuacions totals de les tres escales avaluades:

| | | Autocura | Autocompassió | “Burn out” |
|----------------------|--------------------|-----------------|----------------------|-------------------|
| Autocura | Índex | | | |
| | Correlació Pearson | 1 | 0,835** | -0,513** |
| | p (sig) | | < 0,001 | 0,005 |
| | N | 28 | 28 | 28 |
| Autocompassió | Índex | | | |
| | Correlació Pearson | 0,835** | 1 | -0,354 |
| | p (sig) | <0,001 | | 0,064 |
| | N | 28 | 28 | 28 |

| | | Índex | | |
|-------------------|------------|----------|--------|----|
| “Burn out” | Correlació | -0,513** | -0,354 | 1 |
| | Pearson | | | |
| | p (sig) | 0,005 | 0,064 | |
| | N | 28 | 28 | 28 |

Taula 6 Taula de correlacions de les tres escales avaluades.

**La correlació és significativa al 0,01.

L'anàlisi de correlació realitzada entre les tres dimensions avaluades (autocura, autocompassió i “burn out”) proporciona informació important sobre la relació existent entre elles.

En primer lloc, es troba una correlació positiva forta entre l'autocura i l'autocompassió, ja que el valor de l'índex de correlació de Pearson entre aquestes dues variables (0,835**) és un valor positiu i proper a 1. Això suggereix que els professionals sanitaris que tenen alts nivells d'autocura també tendeixen a tenir alts nivells d'autocompassió. En canvi, a la relació entre l'autocura i el “burn out”, s'observa una correlació negativa moderada, perquè l'índex de correlació de Pearson (-0,513**) és negatiu, però es troba pràcticament al centre entre 0 i 1. Això indica que a mesura que els nivells d'autocura augmenten, els nivells de “burn out” tendeixen a disminuir. En altres paraules, els professionals sanitaris que practiquen l'autocura tendeixen a experimentar menys “burn out”.

Analitzant els valors p, observem que les correlacions entre l'autocura i l'autocompassió i entre l'autocura i el “burn out” són menors a 0,01, la qual cosa indica que les correlacions trobades són estadísticament significatives. Aquest fet determina la correlació real entre les variables estudiades en la població objectiu.

En el cas de l'autocompassió, la seva correlació (-0,354) vers el “burn out” és negativa. S'observa un p valor (0,064) superior al de referència (0,01), fet que indica una inexistència de correlació significativa entre les dues variables. Aquests resultats mostren una correlació observada, però possiblement sigui resultat de

l'atzar, ja que el p valor demostra la no significació entre aquestes dues variables. Per tant, no es pot determinar amb confiança l'existència de correlació real entre aquestes dues variables, tot i que pot existir una associació entre variables. S'haurien de realitzar proves addicionals per confirmar aquestes troballes.

En resum, aquests resultats suggereixen que fomentar l'autocura i l'autocompassió pot ser beneficiós per a reduir el "burn out" en els professionals sanitaris.

4.3. Correlació entre l'autocompassió i les variables sociodemogràfiques

4.3.1. Correlació entre l'autocompassió i l'edat

Per a calcular la correlació entre el nivell d'autocompassió i l'edat dels participants, es pot utilitzar també la correlació de Pearson. La correlació de Pearson és adequada per a analitzar la relació lineal entre dues variables contínues, com en aquest cas on es té una variable contínua (nivell d'autocompassió) i una altra variable contínua (edat).

A continuació, es mostra la correlació existent entre l'autocompassió i l'edat de les persones participants:

| | | Autocompassió |
|-------------|--------------------------|----------------------|
| Edat | Índex Correlació Pearson | 0,536** |
| | p (sig) | 0,003 |
| | N | 28 |

Taula 7 Taula de correlació entre l'autocompassió i l'edat.

**La correlació és significativa al 0,01.

S'observa un índex de correlació de 0.536 entre l'autocompassió i l'edat. Aquest valor indica una correlació positiva moderada entre totes dues variables. En altres paraules, a mesura que l'edat dels participants augmenta, també tendeix a augmentar el seu nivell d'autocompassió.

El valor p assolit és 0.003, la qual cosa indica que la correlació trobada és estadísticament significativa. Això significa que és poc probable que la correlació observada entre l'autocompassió i l'edat sigui el resultat de l'atzar.

En resum, aquests resultats suggereixen que existeix una correlació positiva moderada entre l'autocompassió i l'edat dels participants. Això implica que a mesura que els participants envelleixen, és més probable que experimentin majors nivells d'autocompassió. No obstant això, és important tenir en compte que la correlació no implica causalitat, és a dir, no podem afirmar que l'augment de l'edat causi directament un major nivell d'autocompassió. Poden estar involucrats altres factors o variables no considerats en aquesta anàlisi.

4.3.2. Correlació entre l'autocompassió i el sexe

En primer lloc, s'ha realitzat una anàlisi dels estadístics descriptius de l'autocompassió en funció del sexe:

| | Nombre de participants | Mitjana | Desviació típica |
|------|-------------------------------|----------------|-------------------------|
| Dona | 25 | 3,09 | 0,14 |
| Home | 3 | 4,06 | 0,12 |

Taula 8 Resultats estadístics descriptius de l'autocompassió respecte el sexe.

Fent referència als estadístics descriptius, s'obté una mitjana de 3,09 i una desviació típica de 0,14 pel que fa al col·lectiu femení. Referent al sexe masculí, s'obté una mitjana de 4,06 i una desviació típica de 0,12. Els resultats evidencien un major nivell d'autocompassió pel que fa al col·lectiu masculí.

En base als resultats proporcionats, s'ha realitzat la prova de Levene i la prova T-independència per a analitzar la relació entre la puntuació d'autocompassió i el sexe dels participants. A continuació, es presenta l'anàlisi dels resultats obtinguts:

A continuació, es presenta una interpretació completa dels resultats de la prova de Levene i la prova t d'independència:

| | | Prova Levene | | T - independència | |
|----------------------|-------------------------|--------------|---------|---------------------|---------|
| | | F | p (sig) | Diferència mitjanes | p (sig) |
| Autocompassió | Variàncies assumides | 3,61 | 0,068 | -0,971 | 0,036 |
| | Variàncies no assumides | | | -0,971 | < 0,001 |

Taula 9 Resultats de la prova de Levene i de T-independència de l'autocompassió envers el sexe.

La prova de Levene ens permet avaluar si hi ha diferències significatives en les variàncies de la puntuació d'autocompassió entre els grups de dones i homes. Els resultats indiquen un estadístic F de 3.61 i un valor p (significança) de 0.068. Com el valor p (0.068) és major que el nivell de significança típic de 0.05, no es veuen diferències significatives en les variàncies entre els grups de dones i homes. Per tant, es pot assumir la igualtat de variàncies en la puntuació d'autocompassió entre tots dos grups.

A continuació, es va dur a terme la prova T-independència per a avaluar si hi ha diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els grups de dones i homes. Segons les dades proporcionades, la mitjana d'autocompassió per al grup de dones és de 3,09, amb una desviació típica de 0,14. En el cas del grup d'homes, la mitjana és de 4,06, amb una desviació típica de 0,12.

La diferència de la mitjana obtinguda entre els grups va ser de -0.971, la qual cosa indica que les dones tenen una puntuació mitjana més baixa en autocompassió en comparació amb els homes.

El valor p assolit per a la prova T-independència va ser de 0.036. Atès que aquest valor p (0.036) és menor que el nivell de significança típic de 0,05, es considera que hi ha diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els grups de dones i homes.

En resum, els resultats indiquen que, encara que no es s'hagin trobat diferències significatives en les variàncies, existeix una diferència significativa en les mitjanes d'autocompassió entre dones i homes. Les dones presenten una puntuació mitjana més baixa en autocompassió en comparació amb els homes. No obstant això, és important tenir en compte que la mostra utilitzada en l'estudi té un nombre desigual de participants en els grups de dones (25) i homes (3), la qual cosa pot influir en els resultats i s'ha de considerar en interpretar-los.

4.3.3. Correlació entre l'autocompassió i l'activitat laboral

En primer lloc, s'ha realitzat una anàlisi dels estadístics descriptius de l'autocompassió en funció del sexe:

| | Nombre de participants | Mitjana | Desviació típica |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------|-------------------------|
| Psicòleg/a | 2 | 4,11 | 0,59 |
| Treballador Social Sanitari (TSS) | 3 | 3,62 | 0,45 |
| Metge | 3 | 3,76 | 0,60 |
| Infermer/a | 15 | 3,02 | 0,75 |
| Auxiliar d'infermeria | 3 | 2,38 | 0,19 |
| Odontòleg | 1 | 3,92 | |
| Tècnic de radiologia | 1 | 2,69 | |

Taula 10 Resultats estadístics descriptius de l'autocompassió respecte l'activitat laboral.

Per a analitzar la relació entre l'autocompassió i l'activitat laboral dels participants, s'ha realitzat una prova d'homogeneïtat de variàncies i una prova ANOVA. A continuació, es presenten els resultats i la seva anàlisi detallada:

| | | Estadístic de Levene | p (sig) |
|----------------------|---------------------|-----------------------------|----------------|
| Autocompassió | Basat en la mitjana | 1,31 | 0,298 |

Taula 11 Resultats de la prova d'homogeneïtat de variàncies entre l'autocompassió i l'activitat laboral.

| | F | p (sig) |
|--|----------|----------------|
| ANOVA entre grups d'activitat laboral | 2,36 | 0,066 |

Taula 12 Resultats de la prova ANOVA entre l'autocompassió i l'activitat laboral.

La prova d'homogeneïtat de variàncies, basada en la mitjana, s'ha utilitzat per a avaluar si les variàncies de la puntuació d'autocompassió són homogènies entre els diferents grups d'activitat laboral. L'estadístic de Levene obtingut ha estat d'1,31, amb un valor p (significança) de 0.298. Atès que el valor p (0.298) és major que el nivell de significança típic de 0,05, no es considera que hi hagi diferències significatives en les variàncies d'autocompassió entre els grups d'activitat laboral. Per tant, es pot assumir que les variàncies d'autocompassió són homogènies entre els diferents grups.

A continuació, s'ha dut a terme una prova ANOVA per a avaluar si existeixen diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els diferents grups d'activitat laboral. Segons les dades proporcionades, el resultat de la prova ANOVA indica un valor F de 2,36 i un valor p (significança) de 0.066. Com el valor p (0.066) és lleugerament major que el nivell de significança típic de 0,05, no s'aconsegueix un nivell estadísticament significatiu per a afirmar que existeixen diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els diferents grups d'activitat laboral. No obstant això, s'observa una tendència cap a la significança, la qual cosa indica que pot existir alguna influència de l'activitat laboral en l'autocompassió dels participants.

En resum, els resultats suggereixen que les variàncies d'autocompassió són homogènies entre els diferents grups d'activitat laboral. A més, encara que no s'han trobat diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els grups, s'observa una tendència cap a la significança en la prova ANOVA. Això indica que l'activitat laboral pot tenir una influència en l'autocompassió dels participants, però es requereixen estudis addicionals amb una mostra més àmplia per a confirmar aquestes troballes de manera més conclouent.

5. Discussió

El present estudi d'investigació ha tingut com a objectiu general avaluar el nivell d'autocompassió que els professionals de l'àmbit sanitari adopten i si aquest, es troba estretament relacionat amb el desenvolupament de conductes que aquests professionals incorporen per promoure l'autocura.

Primerament, fent referència a l'anàlisi dels nivells d'autocura s'obté una mitjana de 4,53 respecte als 7 punts que conforma l'escala avaluadora "Self-Care Scale" (Veure Taula 3). Aquest valor indica nivells estàndards d'autocura. Segons Benito et al. (2011 i 2020), els professionals sanitaris treballen en contextos d'elevada intensitat emocional generadors de patiment i de dolor físic, emocional, social i espiritual. Molts d'ells refereixen no disposar de suficients eines i estratègies de regulació emocional, ja que durant la seva formació acadèmica, aquestes no han estat impartides. Per tant, refereixen no cuidar-se prou. Contrastant aquestes teories amb els resultats assolits, la tendència a dur a terme activitats positives enfocades a vetllar pel benestar físic i mental, tendeix a l'alça. Per contra, s'observa com els professionals avaluats presenten una lleugera manca d'atenció vers les seves necessitats. Tot i això, cal destacar que la mostra analitzada presenta nivells mitjans-alts d'autocura.

Seguint amb l'anàlisi dels nivells de "burn out" s'ha obtingut una mitjana de 2,2 respecte als 5 punts que conforma l'escala "Maslach Burnout Inventory" (Veure Taula 5). Es destaca, en certa manera, la presència de desgast laboral amb una mitjana superior en el factor d'esgotament emocional (mitjana de 2,65). Tot i això, la puntuació total no ha estat excessivament alta, ja que els factors de despersonalització i realització personal han rebut puntuacions menors. Per tant, els valors aconseguits de l'anàlisi dels nivells d'autocura i "burn out" han estat estàndards. Aquests resultats indiquen que els professionals desenvolupen conductes d'autocura, fet que els ajuda a disminuir els nivells de "burn out" experimentats en el seu àmbit laboral. Tot i això, refereixen tenir cert nivell d'esgotament emocional, tot i sentir-se professionalment realitzats.

Pel que fa a l'autocompassió, s'obtenen nivells estàndards, ja que la mitjana és de 3,19 sobre els 5 punts que conforma l'escala avaluadora "Self-Compassion Scale" (Veure Taula 4). Cal destacar que els factors "d'auto amabilitat" (mitjana de 2,94), "humanitat comuna" (mitjana de 2,52) i "mindfulness" (mitjana de 3,25), han rebut les puntuacions més baixes. Fent referència al mencionat prèviament, s'observa com els ítems amb puntuacions menors, corresponen als elements generadors de sentiment d'autocompassió. Aquests resultats poden suposar que els professionals avaluats presenten petites dificultats en esdevenir i considerar-se autocompassius. Segons Neff (2015), la "bondat cap a un mateix" (auto amabilitat), la "humanitat compartida" (humanitat comuna) i "l'atenció plena" (mindfulness), són les dimensions fonamentals per adquirir una mentalitat autocompassiva. A més a més, segons Sharon Salzberg (1995), l'autocompassió és un element central de la pràctica del mindfulness. Aquestes dues teories remarquen la correlació evident entre les tres dimensions fonamentals per esdevenir una persona autocompassiva. Tot i això, cal destacar que els factors que comporten connotacions negatives (auto judici, aïllament i sobre identificació) han obtingut puntuacions superiors indicant que els professionals sanitaris no desenvolupen en elevada mesura pràctiques d'autocrítica, aïllament o de dificultat en atendre l'emoció i tractar-la.

Seguint amb les correlacions entre els tres elements centrals d'aquesta investigació (autocura, autocompassió i "burn-out") (Veure Taula 6), s'observa una correlació directa i positiva entre les variables autocura i autocompassió. Tal com comenta Benito et al. (2020), el professional ha de cuidar-se a ell mateix, reconeixent i comprenent els seus sentiments, emocions i pensaments. Ha de ser capaç de mostrar-se autocompassiu per tal de connectar amb el patiment, atendre'l i regular-lo. Si el professional aconsegueix fer aquesta mirada interna, podrà desenvolupar amb més facilitat l'autoconsciència. Aquest fet li permetrà comprendre i atendre tant les seves necessitats com la dels altres amb total integritat. Per tant, l'autoconsciència, s'acaba convertint en un factor imprescindible d'autocura, ja que els professionals podran gaudir i trobar sentit a la seva vida laboral, atenent tant les pròpies necessitats com la dels seus pacients. (Sansó et al., 2015; Kearney et al.,

2009). Els resultats obtinguts sostenen aquesta teoria. Per tant, com més conductes d'autocura realitzi el professional, més nivell d'autocompassió tindrà.

Cal destacar la correlació entre l'autocura i el "burn out". En aquest cas, els resultats mostren una relació directa i inversa entre aquestes dues variables. Tal com determina Cristina Maslach, el "burn out" és el desgast d'allò que esperem del nostre comportament en comparació amb el que realment arribem a practicar. Implica un esgotament emocional, despersonalització i manca de realització personal que s'associa a una baixa qualitat d'atenció cap al pacient i insatisfacció laboral. Es tracta d'un factor que impedeix la promoció de conductes d'autocura. Per contra, l'autocura és el desenvolupament de comportaments i activitats enfocats a promoure la satisfacció i el benestar personal i professional. Per tant, els resultats obtinguts concorden amb aquestes teories. A mesura que augmenta el nivell d'autocura, disminueix el nivell de "burn out" i a la inversa.

Finalment, no s'evidencia una correlació real entre l'autocompassió i el "burn out", ja que no existeix una correlació significativa entre les dues variables. Segons Cassell, l'autocompassió és la capacitat de mostrar afecte i cura vers un mateix. Implica identificar, comprendre, validar i gestionar aquelles emocions, sentiments o pensaments que generen malestar. Per contra, el "burn out" implica el desenvolupament de conseqüències mentals, físiques, socials i espirituals a causa d'un conjunt de factors intrínsecs i extrínsecs. Davant d'aquestes emocions i sensacions negatives que s'experimenten, la persona és incapaç de posar atenció a aquestes, comprendre-les i regular-les. Per tant, es conclou que esdevenir una persona autocompassiva, redueix els indicatius de malestar. Tot i haver obtingut un valor p superior al de referència ($0,064 > 0,01$), indicador de correlació no significativa, pot existir una correlació entre aquestes dues variables, ja que podrien trobar-se implicades altres variables no estudiades. Per demostrar-ho, s'haurien de realitzar estudis addicionals que confirmessin aquestes hipòtesis.

Per acabar, es comentaran les correlacions existents entre l'autocompassió i les variables sociodemogràfiques (edat, sexe i activitat laboral).

S'obté una correlació directe i positiva entre les variables autocompassió i edat (Veure Taula 7). És a dir, a mesura que augmenta l'edat dels participants, els nivells d'autocompassió també tendeixen a fer-ho. Els estudis determinen que el fet de ser més jove, no implica un major impacte emocional (Huang et al., 2020). De fet, sobre la influència de l'edat respecte l'impacte emocional, no s'expressa una clara evidència en la literatura. Per tant, la correlació positiva obtinguda entre aquestes dues variables podria no implicar causalitat. Poden estar involucrats altres factors o variables no considerades en aquesta anàlisi.

Respecte la correlació entre l'autocompassió i el sexe, s'obté una diferència significativa entre les mitjanes d'autocompassió entre dones i homes (Veure Taula 8 i 9). Els homes presenten una puntuació mitjana superior (4,06) que les dones (3,09), fet, que indica un major nivell d'autocompassió pel que fa el col·lectiu masculí. Estudis desenvolupats durant la primera onada de la COVID-19, mostren que el gènere femení, desenvolupa majors conseqüències negatives relacionades amb la salut mental (Huang et al., 2020; Lai et al., 2020; Luo et al., 2020; Vindegaard i Benros, 2020). Aquest fet, podria suposar que el gènere masculí, adopta més eines i estratègies de comprensió, atenció i regulació emocional. Aquests estudis van ser realitzats durant la pandèmia, però les teories es mantenen en el present. Tot i que els resultats obtinguts semblen concordar amb aquestes teories, s'ha de tenir en compte que la mostra utilitzada és poc significativa, ja que l'anàlisi del nivell d'autocompassió, s'ha dut a terme amb una mostra de 25 dones i 3 homes.

Finalment, els resultats obtinguts no evidencien amb certesa una correlació entre l'autocompassió i l'activitat laboral (Veure Taula 10, 11 i 12), ja que no s'han trobat diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els grups. El col·lectiu de psicòlegs adopta la mitjana més elevada (4,11), respecte la resta de grups. Per contra, els auxiliars d'infermeria, obtenen la mitjana més baixa (2,38). Però, tot i això, la correlació és inexistente. Els professionals de la psicologia tenen adquirides un conjunt d'eines, estratègies i recursos que els permeten regular les seves pròpies emocions. L'autocompassió la tenen més desenvolupada, ja que es

converteix en un factor indispensable per poder comprendre els pensaments, sentiments i emocions dels seus pacients (Benito et al., 2020). Per contra, els professionals de la infermeria són un dels col·lectius de risc amb més probabilitats de desenvolupar majors taxes d'ansietat o depressió per culpa de l'exposició constant a contextos generadors de malestar. La seva activitat laboral es troba marcada per un conjunt de mesures que promouen el "burn out" o la "fatiga de la compassió" i dificulten la promoció de conductes d'autocura i autocompassió. (Cunill et al., 2020, Macaya i Aranda, 2020). Les teories demostren una correlació evident entre aquestes dues variables, tot i que els resultats obtinguts ho neguin. Tot i això, l'anàlisi destaca una tendència cap a la significança en la prova ANOVA, indicant que l'activitat laboral pot tenir una influència en el nivell d'autocompassió. S'haurien de realitzar proves addicionals per confirmar aquestes troballes.

6. Conclusions

Després de realitzar aquesta investigació, s'extreuen les següents conclusions a partir dels resultats obtinguts.

Els professionals sanitaris avaluats disposen de nivells estàndards d'autocura i autocompassió, tot i que presenten certs nivells de "burn out". Es determina la realització d'activitats que promouen el benestar físic i mental, però no en elevada mesura, ja que presenten certs nivells de desgast laboral i emocional que els impedeix centrar i atendre integralment les seves necessitats.

S'evidencia una clara correlació entre l'autocompassió i l'autocura, pel fet que la primera implica reconèixer i comprendre les emocions, sentiments i pensaments experimentats, mostrant una calidesa emocional cap a un mateix. Això porta a l'atenció de les pròpies necessitats i al desenvolupament de conductes d'autocura per satisfer-les. També s'ha demostrat l'existència de correlació entre l'autocura i el "burn out", determinant que a major conductes d'autocura, menors nivells de desgast laboral. Per contra, no s'ha trobat una correlació significativa entre l'autocompassió i el "burn out", tot i que les teories demostrin el contrari. L'associació entre aquestes variables pot ser existent, però seria necessari realitzar més proves per comprovar-ho.

Per acabar, s'observa una correlació directa i positiva entre les variables autocompassió i edat, tot i que la literatura determina que no hi ha prou evidències d'aquest fet. En canvi, les variables d'autocompassió i sexe mostren diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre homes i dones, determinant un major nivell d'autocompassió en el col·lectiu masculí. Tot i haver obtingut aquests resultats, cal tenir en compte que la mostra és desigual entre els subjectes participants (25 dones i 3 homes) i, per tant, cal tenir-ho en compte a l'hora d'interpretar els resultats. Finalment, no s'han trobat diferències significatives en les mitjanes d'autocompassió entre els col·lectius professionals, tot i que cal remarcar que el col·lectiu amb menor nivell d'autocompassió i d'autocura i, en conseqüència, amb major nivell de "burn out", han estat els auxiliars d'infermeria. Aquest fet ens fa pensar que el nivell d'autocompassió podria trobar-se relacionat amb l'activitat laboral i per demostrar-ho s'haurien de realitzar estudis addicionals amb una mostra més gran.

7. Limitacions i orientacions futures

Per acabar, cal remarcar que la present investigació s'ha vist limitada, ja que la mostra obtinguda ha estat petita (28 participants). Per tant, no és representativa entre els professionals sanitaris. A més a més, s'ha comptat amb una participació majoritària de dones (25), fet que determina amb més claredat que els resultats de l'estudi són poc significatius.

És possible que si s'hagués disposat d'una mostra més àmplia, s'haurien obtingut relacions més significatives entre variables, ja que els resultats actualment obtinguts no poden ser extrapolats a la realitat.

8. Referències bibliogràfiques

- [1] Araya, C., & Moncada, L. (2016). Auto-compasión: Origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946989008>
- [2] Benito (2018). Cuidarnos para poder cuidar y acompañar el proceso de morir. *Cuidarnos*
- [3] Benito, E., Arranzo, P., & Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Actualizaciones*, 18(2), 59-65.
- [4] Benito, E., Rivera-Rivera, P., Yaeguer, J., & Specos, M. (2019). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de Bioética*, 1(1), 5-17.
- [5] Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M. & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190- 197. doi: 10.1055/a-1159-5551.
- [6] Bria, M., Spânu, F., Baban, A., & Dumitrascu, D. (2014). Maslach Burnout Inventory-General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Elsevier*, 1(3), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.09.001>
- [7] Cabedo, E., Prieto, J., Quiles, L., Arnáez, S., Rivas, M., Riveiro, Y., Aguilar, E., & Renovell, M. (2022). Factores Asociados al impacto emocional de la pandemia por COVID-19 en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychologis*, 30(1), 69-91. <https://doi.org/10.51668/bp.8322104s>
- [8] Cancio-Bello, C., Lorenzo, A. I., & Alarcó, G. (2020). Autocuidado: Una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119-138. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- [9] Cao, J., Wei, J., Zhu, H., Duan, Y., Geng, W., Hong, X., Jiang, J., Zhao, X. & Zhu, B. (2020). A study of basic needs and psychological wellbeing of medical workers in the fever clinic of a tertiary general hospital in Beijing during the COVID-19 outbreak. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 252-254. doi: 10.1159/000507453.
- [10] Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., Yeo, L. L., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Sharma, A., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J.J., Paliwal, P.,... Sharma, V. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical

- symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559 - 565. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049.
- [11] Chung, J. P. Y. y Yeung W. S. (2020). Staff mental health self-assessment during the COVID-19 outbreak. *East Asian Arch Psychiatry*, 30(1), 34. doi: 10.12809/eaap2014.
- [12] Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*, 12, 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- [13] García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P. D., Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M., Pérez-Martín, J. y Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychological Medicine*, 1-3. doi: 10.1017/S0033291720002019.
- [14] Garrido, M., Sáez, G., Alonso, M., Ruiz, J., Serrano, C., & Expósito, F. (2022). Assessing Self-Care in Psychologists: A Spanish Adaptation of the SCAP Scale. *Psicothema*, 39(1), 143-150. <https://doi.org/10.7334/psicotherma2021.250>
- [15] Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- [16] González-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & Santed German, M. A. (2017). Self-care Scale. Retrieved from <https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2021/08/Self-care-Scale-English.pdf>
- [17] González-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & Santed German, M. A. (2018). Construction and Initial Validation of a Scale to Evaluate Self-Care Patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 373–378.
- [18] Guerra, C., Mújica, A., Nahmias, A., & Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-328. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80521287010>
- [19] Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K. y Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Disease*, 38(3), 192-195. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063

- [20] Isabel, A. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psyke*, 16 (1), 77-89 <https://www.redalyc.org/pdf/967/96716107.pdf>
- [21] Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L. S., 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.
- [22] Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I. y Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ*, 369. doi: 10.1136/bmj.m1642
- [23] Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- [24] Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, 94(2), 96103. <http://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>
- [25] Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W. y Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113-190. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190
- [26] Macaya, P., & Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Revista Chilena de Anestesia*, 49(3), 356-362. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014>
- [27] Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C. M. B., Goldbloom, D. S., Gupta, M., Hunter, J. J., Hall, L. M., Nagle, L. M., Pain, C., Peczeniuk, S. S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S. B., Steinberg, R. J., Stewart, T. E., VanDeVelde-Coke, S.,... Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 12(12), 1924-1932. doi: 10.3201/eid1212.060584

- [28] Mendez, M. V., Klos, M. C., & Lemos, V. (2021). Bienestar psicológico de los adolescentes: Un modelo explicativo basado en la compasión y autocompasión. *Anuario de Investigaciones*, 28, 417-424. <http://hdl.handle.net/11336/161277>
- [29] Mills, J., & Chapman, M. (2016). Compassion and self-compassion in medicine: Self-care for the caregiver. *Australian Medical Journal*, 9(5), 87-91. DOI: 10.4066/AMJ.2016.2583
- [30] Morales, G. & Lira, E. (2000). La receta del autocuidado: los “riesgos de equipo” en programas de trabajo con violencia. En O. Vilches (Ed.), *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. Santiago: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- [31] Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- [32] Neff, K. (2011a). The science of self-compassion. En C. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- [33] Neff, K. (2012). The Science of self-compassion. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- [34] Neff, K. (2015). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 6(4), 881-892. doi .1007/s12671-015-0479-3.
- [35] Neff, K., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- [36] Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., ... Breitbart, W. (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: A mixed-method evaluation of an "on the job" program. *BMC Palliative Care*, 17(3). <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0219-7>
- [37] Pérez V., C., Parra P., P., Fasce H., E., Ortiz M., L., Bastías V., N., & Bustamante D., C. (2012). Estructura Factorial y Confiabilidad del Inventario de Burnout De Maslach En Universitarios Chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(3), 255-263.
- [38] 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.
- [39] Saraí, M., Lidia, S., Angelina, E., Isabel, R., Rubi, M., & Favela, M. (2019). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 59. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- [40] Serdà, B.-C., Aymerich, M., Patiño-Masó, J., & Cunill, M. (2020). The impact of COVID-19 on Spanish health professionals: A description of physical and psychological effects. *International Journal of Mental Health Promotion*, 22(3), 185-198. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2020.011615>
- [41] Serdà, B.-C., Aymerich, M., Patiño-Masó, J., & Cunill, M. (2021). Mental Health Screening of Healthcare Professionals Who Are Candidates for Psychological Assistance during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11167. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111167>
- [42] Simón, V. I., & Germer, C. K. (2011). Capitulo 5: Compasión y Autocompasión. *Aprender a practicar mindfulness*.
- [43] Universitat Pompeu Fabra (2023, juny 12). Humanismo en medicina; la nueva asignatura optativa para estudiantes del grado en Medicina de la UPF y el Hospital del Mar https://www.upf.edu/es/web/focus/noticies/-/asset_publisher/qOocsyZZDGHL/content/humanisme-en-medicina-la-nova-assignatura-optativa-per-estudiants-del-grau-en-medicina-de-la-upf-i-l-hospital-del-mar/10193/maximized

9. Annexes

Estudi sobre l'autocompassió com a base de l'autocura en els professionals sanitaris

Hola! Soc la Cristina Searle, estudiant de quart de Psicologia de la Universitat de Girona (UdG). Actualment, estic fent el meu Treball de Fi de Grau (TFG) que tracta d'avaluar el nivell d'autocompassió que els professionals de l'àmbit sanitari adopten i si aquest, es troba estretament relacionat amb el desenvolupament de conductes que aquests incorporen a la seva vida diària per tal de promoure l'autocura.

És per això, que agrairia molt, que tots aquells professionals sanitaris que treballen en centres hospitalaris, disposessin de 10 minuts per respondre a la següent enquesta. La seva col·laboració resultarà ser de gran ajuda.

Seguint els criteris ètics internacionals recollits en la Declaració de Hèlsinki, s'han adoptat les mesures oportunes per a garantir la completa confidencialitat de les dades personals dels subjectes d'experimentació que participin en aquest estudi, d'acord amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals. En l'ús que es realitzi dels resultats de l'estudi, amb finalitats de docència, recerca o publicació, es respectarà sempre la deguda anonimització de les dades de caràcter personal, de manera que els subjectes de la recerca no resultaran "identificats o identificables".

1. Havent estat informat/a dels detalls d'aquest qüestionari, dona el seu consentiment voluntari per al seu compliment?
 - Sí
 - No

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

2. Sexe:
 - Dona

- Home
 - No binari
3. Edat: _____
4. Centre on has cursar els estudis que es troben enfocats a la teva activitat laboral diària: _____
5. Nivell d'estudis:
- Doctorat
 - Màster
 - Grau universitari
 - Cicle superior
 - Cicle mitjà
 - Otro: _____
6. Activitat laboral:
- Treballador/a no cuidador directe de pacients (recepció, seguretat, manteniment, cuina, bugaderia)
 - Zelador
 - Auxiliar d'infermeria
 - Treballador Social Sanitari
 - Infermer/a
 - Metge
 - Resident (MIR/EIR)
 - Psicòleg/a
 - Estudiant (ciències de la salut o afí)
 - Otro: _____
7. Especialitat: _____
8. Anys d'experiència laboral: _____
9. Hores de treball setmanals: _____
10. Unitat de treball habitual:
- Hospitalització d'adults
 - Hospitalització materno-infantil
 - Hospitalització Psiquiàtrica
 - Urgències
 - Cures Intensives
 - Quiròfan/Reanimació
 - Radiologia/Diagnòstic per imatge
 - Laboratori
 - Anatomia patològica
 - Salut Laboral/Medicina preventiva
 - Serveis auxiliars (diàlisi, farmàcia, dietètica, banc de sang)

- Consultes externes
- Hospital Geriàtric
- Residència sociosanitària
- Atenció primària/Centre de Salut
- Cures pal·liatives
- Oncologia
- Otro: _____

11. Centre sanitari en el qual es desenvolupa la tasca laboral

12. Comarca en la qual es desenvolupa la tasca laboral:

- Girona
- Barcelona
- Lleida
- Tarragona
- Otro: _____

13. Tens formació o has utilitzat alguna eina o tècnica destinada al treball personal (ex: regulació emocional, tècniques de relaxació, etc.)

- Sí
- No

AUTOCOMPASSIÓ

A les següents preguntes, es demana que indiquis la freqüència en què actues davant les diferents situacions descrites.

Selecciona la resposta amb la qual et sentis més identificat. No hi ha respostes correctes o incorrectes, tan sols expressa la teva opinió dels enunciats que es presentin a continuació.

14. 1.1. Desaprovo els meus propis defectes i incapacitats i soc crític/a respecte a ells.

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

15. 1.2. Quan em sento baix/a d'ànim, tendixo a obsessionar-me i a fixar-me en tot el que em va malament

- Quasi mai

- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

16. 1.3. Quan les coses em van malament, veig les dificultats com a part del que a tothom li toca viure

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

17. 1.4. Quan penso en les meves deficiències, tendixo a sentir-me més separat/a i aïllat/a de la resta del món

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

18. 1.5. Tracto de ser afectuós/a amb mi mateix/a quan sento malestar emocional

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

19. 1.6. Quan falla alguna cosa important per a mi, em consumeixen els sentiments d'ineficàcia

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

20. 1.7. Quan estic desanimat i trist, em recordo que hi ha moltes persones en el món que es senten com jo.

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades

- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

21. 1.8. Quan venen èpoques molt difícils, tendixo a ser dur/a amb mi mateix/a

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

22. 1.9. Quan alguna cosa em disgusta, tracto de mantenir les meves emocions en equilibri

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

23. 1.10. Quan em sento incapaç d'alguna manera, tracto de recordar-me que gairebé totes les persones comparteixen sentiments d'incapacitat

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

24. 1.11. Soc intolerant i impacient amb aquells aspectes de la meua personalitat que no m'agraden

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

25. 1.12. Quan ho estic passant veritablement malament, em dono la cura i l'afecte que necessito

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

26. 1.13. Quan estic baix7a d'ànim, tendeixo a pensar que probablement, la majoria de la gent és més feliç que jo

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

27. 1.14. Quan em succeeix alguna cosa dolorosa, tracto de mantenir una visió equilibrada de la situació

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

28. 1.15. Tracto de veure els meus defectes com a part de la condició humana

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

29. 1.16. Quan veig aspectes de mi mateix/a que no m'agraden, em critico contínuament

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

30. 1.17. Quan fallo en alguna cosa important per a mi, tracto de veure les coses amb perspectiva

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

31. 1.18. Quan realment em sento atabalat/a, tendeixo a pensar que les altres persones ho tenen més fàcil

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

32. 1.19. Soc amable amb mi mateix/a quan estic experimentant patiment

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

33. 1.2. Quan alguna cosa em molesta em deixo portar pels meus sentiments

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

34. 1.21. Puc ser una mica insensible cap a mi mateix/a quan estic experimentant patiment

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

35. 1.22. Quan em sento deprimat/a tracto d'observar els meus sentiments amb curiositat i amb la ment oberta

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

36. 1.23. Soc tolerant amb els meus propis defectes i imperfeccions o febleses

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

37. 1.24. Quan succeeix alguna cosa dolorosa tendeixo a fer una muntanya d'un gra de sorra

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

38. 1.25. Quan fallo en alguna cosa que és important per a mi, tendeixo a sentir-me sol en el meu fracàs

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

39. 1.26. Tracto de ser comprensiu i pacient amb aquells aspectes de la meua personalitat que no m'agraden

- Quasi mai
- Algunes vegades
- La meitat de les vegades
- La majoria de les vegades
- Quasi sempre

CONDUCTES D'AUTOCURA

Selecciona la resposta amb la qual et sentis més identificat. No hi ha respostes correctes o incorrectes, tan sols expressa la teua opinió dels enunciats que es presentin a continuació.

40. 2.1. Quan estic malament, faig coses que em fan sentir encara pitjor

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

41. 2.2. Els elogis em fan sentir incòmode

- Totalment en desacord

- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

42. 2.3. No em deixo ajudar

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

43. 2.4. Sento que em tracten injustament i no sé per què

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

44. 2.5. No dedico temps a activitats agradables o divertides

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

45. 2.6. No em fio de la gent que diu coses positives sobre mi

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

46. 2.7. Les coses que faig han de ser útils per altres persones

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

47. 2.8. Em poso la culpa sempre de tot

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

48. 2.9. Ningú reconeix el que faig pels altres

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

49. 2.10. Les necessitats dels altres estan per davant les meves

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

50. 2.11. No soc capaç de demanar ajuda

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

51. 2.12. Em comporto de forma autodestructiva

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

52. 2.13. Els altres haurien d'estar quan ho necessito

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

53. 2.14. Puc arribar a disculpar qualsevol cosa que em facin

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

54. 2.15. Em crec més fàcilment una crítica que un elogi

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

55. 2.16. Em critico internament tota l'estona

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

56. 2.17. Els meus problemes me'ls guardo per mi

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

57. 2.18. La gent és molt desagradida

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

58. 2.19. Em costa defensar els meus drets

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

59. 2.20. Em sento més còmode ajudant als altres que a la inversa

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

60. 2.21. No tinc relacions socials que em resultin gratificant

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord

- Totalment d'acord

61. 2.22. Permeto que la gent envaeixi el meu espai personal

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

62. 2.23. Faig coses que sé que em perjudiquen

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

63. 2.24. Em molesta que els altres no responguin de manera immediata a les meves necessitats

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

64. 2.25. No faig exercici físic

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

65. 2.26. Soc incapaç de dir que no

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord

- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

66. 2.27. Neutralitzo els elogis dient “no n’hi ha per a tant” o coses així

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

67. 2.28. Quan estic malament m' enfado amb mi mateix per estar així

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

68. 2.29. No puc demanar el que necessito

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

69. 2.30. No sé gaudir del temps lliure

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord
- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

70. 2.31. M'alimento malament

- Totalment en desacord
- Bastant en desacord

- Una mica en desacord
- Ni d'acord ni desacord
- Una mica d'acord
- Bastant d'acord
- Totalment d'acord

BURNOUT

A continuació trobaràs una sèrie d'enunciats sobre el teu àmbit laboral i els sentiments envers ell. Selecciona la resposta amb la qual et sentis més identificat. No hi ha respostes correctes o incorrectes, tan sols expressa la teva opinió dels enunciats que es presentin a continuació.

71. 3.1. Em sento emocionalment defraudat en el meu treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

72. 3.2. Quan acabo a meva jornada laboral em sento esgotat

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

73. 3.3. Quan m'aixeco al matí i m'enfronto a una altra jornada laboral em sento esgotat

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

74. 3.4. Sento que puc entendre fàcilment a les persones que he d'atendre

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

75. 3.5. Sento que estic tractant a alguns beneficiaris de mi, com si fossin objectes impersonals

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

76. 3.6. Sento que treballar tot el dia amb la gent em cansa

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

77. 3.7. Sento que tracto amb molta efectivitat els problemes de les persones a les quals he d'atendre

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

78. 3.8. Sento que el meu treball m'està desgastant

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

79. 3.9. Sento que estic influint positivament en la vida d'altres persones a través del meu lloc de treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

80. 3.10. Sento que m'he tornat més dur amb la gent

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes

- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

81. 3.11. Em preocupa que aquest treball m'estigui endurint emocionalment

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

82. 3.12. Em sento molt enèrgic al meu lloc de treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

83. 3.13. Em sento frustrat pel treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

84. 3.14. Sento que passo massa temps al meu lloc de treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

85. 3.15. Sento que realment no m'importa el que els hi passa a les persones a les quals he d'atendre professionalment

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

86. 3.16. Sento que treballar en contacte directe amb la gent, em cansa

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes

- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

87. 3.17. Sento que puc crear amb facilitat un clima agradable en el meu lloc de treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

88. 3.18. Em sento estimulat després d'haver treballat íntimament amb aquells que he d'atendre

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

89. 3.19. Considero que aconsegueixo moltes coses valuoses en aquest lloc de treball

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

90. 3.20. Sento com si estigués al límit de les meves possibilitats

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

91. 3.21. Sento que en el meu treball els problemes emocionals són tractats de manera adequada

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

92. 3.22. Em sembla que els beneficiaris del meu lloc de treball em culpen d'alguns problemes

- Mai
- Algunes vegades a l'any
- Algunes vegades al mes
- Algunes vegades a la setmana
- Diàriament

Moltes gràcies!

