

TRABAJO FIN DE GRADO



**ESTRÉS DEL TERAPEUTA
OCUPACIONAL**

Irene Piñol Martínez - irene.pinol@uvic.cat

Profesor: Salvador Simó Algado

Àmbito Social

“El único modo de hacer un gran trabajo es amar lo que haces. Si no lo has encontrado todavía, sigue buscando. No te acomodes. Como con todo lo que es propio del corazón, lo sabrás cuando lo encuentres”

Steve Jobs

Mis más sinceras gracias a:

Mi familia, porque sin el apoyo de ellos no hubiera podido iniciar ni siquiera continuar mis estudios de Terapia Ocupacional. Por darme la oportunidad de poder descubrir algo que da sentido a mi vida: la Terapia Ocupacional, mi futura mi profesión.

A Salvador Simó, por ser la primera persona que me enseñó qué es la Terapia Ocupacional y porque ya desde las primeras clases que me impartió y gracias a su forma de vivir y entender la terapia, me hizo encontrar mi camino y saber lo que quería hacer. Si continué mis estudios de Terapia Ocupacional fue gracias a él y sus clases.

A Natalia Zamora y Víctor Vargas, por sus continuos ánimos y por inspirarme durante todo el proceso del trabajo.

A Sergio Guzmán, Ángel Pérez, Albert Valero, Irene Munuera y muchas otras más personas de Torribera, por formar parte en tantísimas ocasiones de momentos felices que ayudaron a minimizar mi estrés, por generar oportunidades de compartir, por valorarme y quererme.

CONTENIDO

RESUMEN	5
SUMARY	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
Terapia Ocupacional.....	7
Concepto salud.....	8
Concepto estrés y síndrome burnout.....	11
Factores desencadenantes del estrés.....	12
Estrategias de afrontamiento del estrés.....	14
Antecedentes de la temática.....	15
Justificación.....	17
OBJETIVOS	18
METODOLOGÍA	19
Enfoque cualitativo.....	19
Sujetos del estudio.....	19
Intervención.....	20
Técnicas cualitativas para medir.....	21
Grupo de discusión.....	21
Cuestionario.....	23
Análisis del registro.....	24
Limitaciones del estudio.....	24
Aspectos éticos.....	25
UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS	26
ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO	27
PRESUPUESTO	28
NOTA FINAL DEL AUTOR	29
REFERENCIAS	30

BIBLIOGRAFIA	31
ANEXOS	36
Anexo I. Términos de búsqueda.....	36
Anexo II. Descriptores.....	36
Anexo III. Base de datos y revistas.....	37
Anexo IV. Maslach Burnout Inventory.....	38
Anexo V. Inventario SISCO – ELE.....	41
Anexo VI. Cuestionario sobre el estrés del terapeuta ocupacional.....	43
Anexo VII. Consentimiento informado para participantes de investigación.....	49
Anexo VIII. Declaración de Helsinki.....	51

RESUMEN

Desde que inicié el grado en Terapia Ocupacional, he vivido en primera persona situaciones de estrés seguramente causadas por diferentes factores: viajes diarios incómodos, comidas fuera de casa, horas frente al ordenador, falta de descanso y poca vida social. El estrés ha influenciado de forma negativa en mi salud, provocando en algunas épocas, no rendir al 100% en los estudios. Me interesa saber si los terapeutas ocupacionales que ejercen en Cataluña trabajan bajo condiciones de estrés. Otro objetivo de este estudio es comprender, si es el caso, experiencias reales de terapeutas ocupacionales acerca del estrés del terapeuta. Discutir sobre si impacta de forma negativa en la práctica profesional y determinar de qué forma, redefinir los factores desencadenantes y describir qué tipo de estrategias ponen en uso para afrontar el estrés. La metodología utilizada, debido a la naturaleza de la pregunta de investigación, tiene un enfoque cualitativo con un paradigma hermenéutico. Como técnicas de recolección de información se utiliza el grupo de discusión y el cuestionario. La escasa investigación acerca de la temática, ha llevado a tener que crear el formato de las técnicas a partir de documentos relevantes encontrados tras la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y revistas de terapia ocupacional. Los resultados del estudio, podrían ser útiles para llegar a crear una guía para combatir el estrés, incluso para prevenirlo en estudiantes de Terapia Ocupacional.

Palabras clave: Terapeuta Ocupacional, Estrés, Burnout.

SUMMARY

When I began my studies in Occupational Therapy I lived a stress situations. I think that there are the factors: uncomfortable travels, having meals away from home, doing a lot of hours on the computer, with little rests and little social life.

Stress has influenced negative in my health and sometimes my yield in studies hasn't been 100%. I would like to know if occupational therapist to practice in Catalonia work under stress. Another aim of this study is to understand actual experiences of occupational therapists about the stress. Discuss about if stress impacts negatively on the professional practice and determine which is the way, to redefine the triggers and describe what strategies use to fight with stress. The methodology used is a qualitative with a hermeneutic paradigm because the nature of the research question. The techniques for gather the information are the focus group and the questionnaire. The limited research about this theme, its having to create the format of the techniques from relevant documents found after the literature search in different database and occupational therapy journals. The results of the study could be useful to create a guide to combat stress, even to prevent it in Occupational Therapy students.

Key words: Occupational therapist, Stress, Burnout.

INTRODUCCIÓN

Desde que inicié el grado en Terapia Ocupacional, he vivido en primera persona situaciones de estrés, seguramente debido a condiciones como: viajes incómodos de 3 horas diarios entre ida y vuelta, comidas fuera de casa en el transporte público, horas frente al ordenador, falta de descanso por dormir pocas horas, poco rato para dedicar a aquellas aficiones, hobbies... y también seguramente por aspectos relacionados a mi personalidad y la auto exigencia.

Desde mi punto de vista, todas estas situaciones han influenciado de forma negativa en mi salud, provocando a mi modo de ver, y en algunas épocas, no rendir al 100% en los estudios. Las demandas, los conflictos, las actividades y los eventos implicados en la vida del estudiante provocan estrés, y éste repercute negativamente en la salud, el bienestar y el propio rendimiento del estudiante (Muñoz, 2004). Suponiendo que sin estrés, mi rendimiento durante el grado de Terapia Ocupacional hubiera sido mejor, una de las cosas que me planteo y me preocupa es saber si los terapeutas ocupacionales que ejercen en Cataluña trabajan bajo condiciones de estrés, si esto les influye negativamente en la salud y en su desempeño laboral (cosa que influiría directamente en la salud de aquellos a quienes tratan y atienden), cómo viven estas situaciones, si son conscientes de las consecuencias y si piensan en soluciones o actúan para hacer frente a este problema.

Como comenta Noya (2001), los terapeutas ocupacionales destinan su práctica a personas que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, ya sea por un desequilibrio entre las tres áreas ocupacionales o por un problema en la funcionalidad de cualquiera de estas áreas (automantenimiento, ocio, productividad). Pero... ¿Se puede ejercer esta práctica de la mejor forma que se podría hacer, bajo las condiciones de estrés? ¿Qué consecuencias puede tener el estrés del terapeuta ocupacional en aquellas personas que reciben de su servicio?

Me resulta interesante averiguar sobre toda esta temática, ya que como terapeutas ocupacionales y profesionales de la salud considero que hemos de aspirar a conseguir la salud de aquellas personas a las cuales atendemos, pero para poder aspirar a este objetivo, según mi punto de vista, antes hemos de realizar un trabajo con nosotros mismos y acercarnos lo más posible a alcanzar la salud. Resulta poco coherente exigir o aspirar a conseguir la salud de otras personas, si antes no nos hemos exigido esto a nosotros mismos. Desde mi punto de vista el estrés de un terapeuta ocupacional, puede llegar a afectar su práctica. Es decir, personalmente creo que el estrés del profesional puede afectar a las personas que atiende, ofreciéndoles una atención de poca calidad.

MARCO TEÓRICO

Terapia Ocupacional

La historia de la Terapia Ocupacional reside en 1917, cuando un grupo de profesionales se reunieron en Clifton Springs (Nueva York) para fundar la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT), designada después como American Occupational Therapy Association (AOTA). William Rush Dunton (psiquiatra), Eleanor Clarke Slage (trabajadora social), George Edward Barton (arquitecto), Susan Cox Johnson (maestra de artes y artesanía), Thomas Bessell Kidner (arquitecto), Susan E. Tracy (enfermera) y Herbert James Hall (médico), son las personas consideradas fundadoras de la profesión por su fuerte creencia en el valor terapéutico de las ocupaciones.

Las raíces de la terapia ocupacional residen en Europa en el S.XIX con el movimiento filosófico conocido como tratamiento moral. En 1809 en Francia, Philippe Pinel propuso una revolución moral para reemplazar el punto de vista de que las personas con enfermedad mental eran peligrosas e incurables y que debían ser recluidas, por un enfoque humanístico teniendo en cuenta la amabilidad y un estilo de vida que consistía en ocupaciones creativas y recreativas para restablecer la salud mental.

Así pues se trabajó con la idea del enfoque humanitario del tratamiento moral, con el régimen ocupacional, con el entrenamiento en hábitos para prevenir la falta de equilibrio entre trabajo y ocio, y se idearon programas terapéuticos para dar la oportunidad de participar en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educativas.

Pese a que los orígenes de la profesión tenían una vertiente muy social y de trabajo en la comunidad, en 1960 la disciplina ya tenía dos áreas de especialidad distintas; disfunción física y disfunción psicosocial, y un área emergente, la pediatría. Pero los adelantos en la medicina, exigió a los terapeutas a adquirir un conocimiento especializado con habilidades y técnicas para tratar a las personas con disfunción física. Inició una época de cuestionamiento y reevaluación de la dirección de la profesión, debido a la crisis en la práctica psicosocial y el énfasis en la disfunción física. En 1962, Reilly criticó el movimiento que se alejaba de la ocupación y propuso desarrollar conocimientos sobre la naturaleza de la ocupación, para no alejarse de la visión de los fundadores: *“el hombre, a través del uso de sus manos, según reciban energía de mente y voluntad, puede influir en el estado de su propia salud”*. Remarcó que la visión reduccionista del modelo médico era incompatible con la auténtica idea de la terapia ocupacional (Willard & Spackman, 2003).

A día de hoy, podemos entender la terapia ocupacional como una profesión socio sanitaria que mediante la ocupación tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, acompañándolas en su proyecto de vida (del Valle & Guzmán, 2009) y ayudándolas a conseguir sus objetivos y metas. La ocupación es el medio y el fin (Vidaña, 2014), y como la

idea principal de la disciplina recoge, ésta contribuye en la mejora de las capacidades motoras, cognitivas y mentales, así como en aquellos aspectos que tienen que ver con la integración social en la comunidad.

Concepto salud

Ocasionalmente, la salud es definida de forma negativa, indicando que es la “ausencia de enfermedad”. Como Diego García (1998) afirma “el concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. De ahí que la salud suela definirse de modo negativo, como ausencia de enfermedad”.

Sin embargo, la salud, entendida positivamente, implica los conceptos de integridad (*completeness*), eficiencia (*efficiency*) y total funcionalismo (*full functioning*) de mente, cuerpo y adaptación social. La salud no sólo es “ausencia de enfermedad”, sino que puede ser entendida a partir de otros conceptos como “bienestar social”, “bien antropológico”, “derecho innato de la persona” o bajo la expresión “calidad de vida”. (A.Bowling, 1994).

La Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones." (OMS, 1994)

Pese a las críticas de la definición de La OMS, ésta define el concepto de salud de una forma más positiva, afirmando que “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Las críticas giran en torno que la definición es subjetiva, estática y demasiado medicalizada. Además el concepto de salud aparece como una utopía.

Podemos considerar que esta definición esta desactualizada con el contexto de las enfermedades crónicas del presente. El rigor de la palabra completo bienestar, excluye a la mayoría de ciudadanos de tener salud. Desde 1948, fecha en que la OMS publica la definición de salud, la demografía del mundo y las enfermedades han cambiado considerablemente; pues la mayoría de enfermedades eran agudas, mientras que las enfermedades crónicas llevaban a la muerte prematura. Pero los patrones de enfermedad han ido cambiando, existiendo hoy por hoy una gran cantidad de personas que viven con enfermedades crónicas durante mucho tiempo. La norma actual es envejecer con enfermedades crónicas.

Así pues la definición considera enfermas a las personas con enfermedades crónicas. Por tanto, no da importancia a las capacidades humanas como la autonomía para los desafíos

físicos, emocionales y sociales de la vida y para funcionar con sentido de realización y bienestar aún con una enfermedad crónica.

Se han hecho diversas propuestas para adaptar la definición de salud. La más conocida es la Carta de Ottawa (1996), que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en la capacidad física. El concepto central de la Carta de Ottawa es el de promoción de la salud, que surge como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas salud que aún hoy exigen solución en todas las partes del mundo, pues los sistemas de salud no alcanzan el ritmo de las necesidades de las poblaciones. La meta que se propuso el 21 de Noviembre de 1986, en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud fue la de “Salud Para Todos en el año 2000”. La Carta de Ottawa recoge conceptos como que las condiciones y recursos fundamentales para la salud son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Además incluye que las acciones de promoción de la salud implican: elaborar una política pública saludable, crear entornos de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales, reorientar los servicios sanitarios, avanzar hacia el futuro, compromiso con la promoción de la salud y llamamiento a la acción internacional. En definitiva, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud presenta los enfoques, estrategias y proposiciones fundamentales que los participantes consideraron indispensables para avanzar de forma significativa en el progreso y la promoción de la salud.

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud del 21 – 25 de Julio de 1997, dio como fruto Declaración de Yakarta (1997). Esta Declaración, ofrece una visión y un enfoque de la promoción de la salud para el S. XXI, determinando cinco prioridades: Promover la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las asociaciones para la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y conceder poderes al individuo y ampliar y mejorar la infraestructura para la promoción de la salud. Además de reflexionarse sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, se reconsideran los factores determinantes de la salud; marcando como requisitos: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Se considera que la pobreza es la mayor amenaza para la salud.

Las personas partícipes de esta conferencia, pidieron a la OMS que impulsara la creación de una alianza mundial para la promoción de la salud, y propusiera poner en práctica los resultados de la Conferencia.

La salud, así como la enfermedad, están condicionadas y dependen de muchos factores que interactúan entre sí, como por ejemplo factores biológicos o endógenos, factores propios del entorno, factores relacionados con los hábitos de vida o la calidad del sistema sanitario.

Así como antes vimos los determinantes sociales que recogen tanto la Carta de Ottawa (1996) como en Declaración de Yakarta (1997), podemos decir que para la OMS estos determinantes sociales de la salud a groso modo son las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de las personas: condiciones de vida y de trabajo (agua y saneamiento, servicios de atención de salud, vivienda, agricultura y producción de alimentos, educación, ambiente laboral, desempleo), las redes sociales y comunitarias, los estilos de vida del individuo, así como la edad, el sexo y factores constitucionales del mismo. Estos factores influyen directamente en la salud, podemos decir que configuran de alguna manera todo el entramado del concepto salud. La suma positiva de estos factores da lugar a una salud integral, mientras cuantos más factores sufras, más probabilidades existen de no disfrutar de salud.

En la 66ª reunión anual de la Asamblea Mundial de la OMS se adoptó el “Plan de Acción Integral en Salud Mental 2013-2020” a nivel mundial. Tras la 63ª reunión de la Oficina Regional para Europa de la OMS celebrada en Turquía se aprobó el Plan de Acción Europeo en Salud Mental. Este plan tiene los siguientes 7 objetivos y se prevé que en 2017 estén cumplidos:

1. Todo el mundo tiene las mismas oportunidades de alcanzar el bienestar mental a lo largo de su vida, en particular los más vulnerables o en riesgo.
2. Las personas con problemas de salud mental son ciudadanos cuyos derechos humanos son plenamente valorados, respetados y promovidos.
3. Los servicios de salud mental son accesibles, competentes, asequibles y disponibles en la comunidad de acuerdo a las necesidades.
4. Las personas tienen derecho a un tratamiento digno, seguro y eficaz.
5. Los sistemas de salud ofrecen una buena atención de la salud física y mental para todos.
6. Los sistemas de salud mental trabajan en colaboración y coordinación con otros sectores.
7. La atención a la salud mental es proporcionada y gestionada desde una buena información y conocimiento.

En definitiva podemos decir que la salud es un derecho humano básico, tal como indica la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25.1: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar..."*. La salud es el anhelo más esencial del ser humano. La salud constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar, felicidad y autorrealización (Maslow, 1943). La salud es el medio que permite a las personas

desarrollar al máximo sus potencialidades, es la condición de posibilidad que permite la realización del potencial humano de cualquier persona.

Concepto estrés y síndrome burnout

“El término estrés se ha convertido en un vocablo habitual de nuestra sociedad actual. El estrés es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad moderna y prácticamente en todos los grupos poblacionales se está produciendo un aumento del estrés. Una mala adecuación entre las capacidades personales y las demandas genera insatisfacción y sentimientos de estrés” (Fernández, 2009)

El estrés es una de las experiencias vitales más comunes y complejas, y por ello de difícil definición. No existe un consenso para definirlo, pues para diferentes personas significa cosas distintas. Las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, respuesta o percepción:

- Para Cannon (1932, citado en Fernández, 2009) y Holmes y Rahe (1967, citado en Fernández, 2009), el estrés se entiende como un conjunto de estímulos. Algunas condiciones del ambiente nos producen tensión y/o las percibimos como amenazantes o peligrosas; estas condiciones son lo que podríamos llamar estresores. En esta línea, el estrés se define como una característica del ambiente, hablando de estrés laboral o por ejemplo estrés de los estudios. La idea de estrés como estímulo nocivo se relaciona con la enfermedad, la salud y el bienestar.
- Para Selye (1960, citado en Fernández, 2009), el estrés se entiende como una respuesta. Desde este punto de vista, se entiende el estrés como la reacción de las personas ante los estresores. La respuesta es un estado de tensión compuesto por dos componentes: el psicológico (conducta, pensamientos y emociones de la persona) y el fisiológico (activación corporal).
- Para Lazarus y Folkman (1986, citado en Fernández, 2009), el estrés se entiende como un proceso que integra los estresores y las respuestas a ellos; y también incorpora la interacción entre la persona y el ambiente. Esta idea supone una influencia recíproca entre la persona y el medio. Lo que determina el estrés es cómo la persona percibe y responde a diferentes acontecimientos.

El Síndrome de Burnout o “síndrome del quemado” es considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un carácter negativo para la persona, ya que implica alteraciones,

problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución en la que trabaja (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Este concepto fue instaurado en el año 1974, en Estados Unidos por el psiquiatra Herbert Freudenberger y fue descrito como síndrome clínico como respuesta a un estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Freudenberger comentó que estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas e incluso agresivas, con tendencia a culpar a los demás de los problemas que uno padece (Mingote & Pérez, 1999).

El síndrome de Burnout puede manifestarse tanto por un excesivo grado de exigencia como por escasez de recursos. Este síndrome se puede conceptualizar como una respuesta prolongada a los estresantes emocionales del trabajo y se caracteriza por un elevado nivel de agotamiento, alto cinismo y percepción de una baja eficacia profesional, que desembocan en niveles patológicos de estrés.

Las diferentes definiciones del síndrome, coinciden en cinco factores característicos comunes (Fernández, 2011):

- Predominio de los síntomas disfóricos, sobre todo agotamiento emocional.
- Alteraciones de conducta (despersonalización en la relación que lleva a anomalías en la asistencia).
- Síntomas de estrés (tensión psíquica, insomnio, cansancio, agotamiento, malestar general) y estrategias de evitación de la ansiedad como conductas adictivas que deterioran la calidad de vida.
- Síndrome clínico laboral producido por una inadecuada adaptación al trabajo.
- Menor rendimiento laboral y vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y absentismo.

Factores desencadenantes del estrés

Según Fernández (2011), varios estudios indican que los factores predisponentes a sufrir estrés son los siguientes;

Personales:

- Edad: no existen estudios consistentes, sin embargo en los primeros años de profesión es más probable sufrir estrés por la transición entre las expectativas idealistas y la práctica cotidiana.
- Género: mayor predisposición de las mujeres.
- Correlatos fisiológicos: se relaciona el estrés con aspectos del sueño.
- Locus de control, percepción de autoeficacia y autoconcepto: Una mayor autoconciencia, mayor nivel de autocontrol y de autoeficacia suponen un factor protector.
- Estrategias de afrontamiento: estrategias inadecuadas o insuficientes pueden incrementar la posibilidad de estrés.
- Patrón de personalidad tipo A: este tipo de personalidades se caracteriza por una alta competitividad, el deseo de reconocimiento y prestigio, baja tolerancia a la frustración, implicación en diversas actividades, impaciencia, tendencia a la respuesta hostil y un nivel alto de alerta física y mental. Este patrón de personalidad predispone al estrés.
- Carencia de personalidad resistente: aspectos de la personalidad como el compromiso, el control y el desafío previenen o reducen la incidencia de estrés.

Organizacionales:

- Sobrecarga en el trabajo: el exceso de tareas desagradables pueden influir a la hora de sufrir estrés.
- Conflicto y ambigüedad de rol: tiene que ver con lo que el profesional percibe como fundamental al desempeñar su rol y lo que el resto del equipo espera que desempeñe. Puede aparecer también por una falta de conocer las funciones en el puesto de trabajo.
- Falta de apoyo organizacional: a menos apoyo mayor predisposición.
- Poca realización profesional: cuando disminuye la probabilidad de que se cumplan las expectativas del profesional, mayor es la probabilidad de que aparezca el síndrome.

- Compromiso con el trabajo: cuando un trabajador está comprometido con su trabajo y con su organización, en definitiva con la ocupación, existen menos posibilidades de acabar desarrollando el síndrome.
- Insatisfacción laboral: cuando la persona no se siente satisfecha en el trabajo, aumenta la probabilidad de tener estrés.
- Estresores económicos: las condiciones salariales también pueden predisponer al estrés.

Sociales:

- Falta de apoyo ambiental: cuando la persona no recibe apoyo de familiares y amigos, existen más probabilidades, así como cuando éste se desenvuelve en un entorno agresivo. Problemas familiares y actitudes negativas del entorno social son facilitadores de estrés.
- Negativa comunicación o ausencia de ella: cuando los flujos comunicativos se deterioran, la aparición de estrés aumenta, provocando también sentimientos de baja realización personal.
- Insatisfacción vital: la sensación de felicidad y agrado en el propio estilo de vida y en las interacciones, constituyen un protector para el síndrome.
- Exigencias vitales: las demandas intensas, así como los compromisos (matrimonio, familia, amistades), pueden derivar en estrés.

Estrategias de afrontamiento del estrés

Según Lazarus y Folkman (1986, citado en Fernández 2009) existen diversas estrategias de afrontamiento, entre ellas:

- Confrontación: se refiere a aquellas acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento: son los esfuerzos para separarse de la situación
- Autocontrol: son los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

- Búsqueda de apoyo social: hace referencia a aquellas acciones para buscar consejo, información, ayuda o comprensión.
- Aceptación de responsabilidad: el reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
- Huida: tiene que ver con la evitación de la situación de estrés.
- Planificación: esfuerzos para alterar la situación de una manera analítica.
- Reevaluación positiva: consiste en realizar esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

Antecedentes de la temática

Se ha realizado una búsqueda de estudios previos en diferentes medios, para hacer una síntesis de los conocimientos existentes sobre la temática.

Para esto se ha definido e identificado una serie de términos específicos para que la búsqueda sea relevante (Anexo I) y a continuación se han identificado los descriptores en DeCS y MeSH (Anexo II).

Posteriormente se ha realizado una búsqueda de diferentes documentos (publicaciones, artículos de revisión sistémica, resúmenes de evidencia, tesis doctorales), en varias bases de datos, en revistas de terapia ocupacional accesibles para la UVIC y webs de Terapia Ocupacional (Anexo III), encontrando 22 documentos relevantes sobre la temática.

Estos documentos se han encontrado en bases de datos como Cuiden Plus, CINAHL, Medline, Scopus, PubMed o en revistas de terapia ocupacional como Occupational Therapy in Health Care, Occupational Therapy International, The American Journal of Occupational Therapy, The Australian Occupational therapy Journal, The British Journal of Occupational Therapy, Canadian Journal of Occupational Therapy. Mientras que en otras bases de datos como Cochrane Library Plus, Cuiden Plus, Excelencia clínica, Guía salud, JBI CONECT +, LILACS, PsycINFO, LILACS, en tesis doctorales en la red (TDX); y en otras revistas de terapia ocupacional como Hong kong Journal of Occupational Therapy; no se ha encontrado nada relacionado con el estrés del terapeuta ocupacional. Toda la información encontrada se ha introducido en el programa Mendeley, que es un gestor de referencia bibliográfica que ayuda a organizar la búsqueda.

El estrés es un síndrome relacionado con el trabajo que implica sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. La escala de valoración “Maslach Burnout Inventory” inventada por Maslach y Jackson en 1981, es el instrumento más utilizado, presente en varios estudios (Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi & Katz, 2002; Bird, 2001; Bronwn & Prager, 1992; González et al., 2003; Jahrami, 2009; Oddie & Ousley, 2007; Rogers & Dodson, 1988; Schlenz, Guthrie & Dudgeon, 1995) para medir el estrés relacionado con el trabajo en las profesiones de servicios humanos, como la terapia ocupacional. Otros estudios apuestan por la metodología cualitativa y algunas de sus técnicas como el grupo de discusión, la entrevista semi estructurada o el cuestionario (Gupta, Paterson, von Zweck & Lysaght, 2012b; Sturgess & Poulsen, 1983).

La experiencia de estrés y burnout en terapia ocupacional ha recibido escasa atención en la literatura (Sweeney & Nichols, 1996). Aun así, diversos estudios indican que en particular los profesionales de la salud, corren el riesgo de estrés debido a la naturaleza de su trabajo. Los profesionales de la terapia ocupacional se han identificado como personas con alto riesgo de sufrir estrés y agotamiento relacionado con el trabajo, entre otros aspectos, por la cantidad y el tipo de contacto directo con las personas a las que atienden (Basset & Lloyd, 2001; Bird, 2001; Edwards & Dirette, 2010; Gupta et al., 2012a; Lloyd & King, 2001).

Según un estudio realizado en 1983 a terapeutas ocupacionales de Australia, los terapeutas que trabajan en el área psicosocial tienen significativamente más estrés que aquellos que trabajan en áreas de rehabilitación pediátrica o física, por las diferencias específicas de las características del empleo (Lloyd & King, 2004). Por otro lado, en 2001 un estudio asegura que los terapeutas ocupacionales que trabajan en centros de salud de atención crónica, muestran mayor nivel de estrés que aquellos que trabajan en centros de atención de salud. (Painter, Akroyd, Elliot & Adams, 2003).

Se verifica que el estrés se asocia a una menor satisfacción en el trabajo (Scanlan & Still, 2013). Los diversos estudios, identifican los siguientes factores de riesgo para que el terapeuta ocupacional sufra estrés: cuestiones de organización, recursos limitados, demanda de tiempo, sobrecarga de trabajo, años de trabajo como terapeuta, posición de trabajo, años en la posición actual de trabajo, interacción conflictiva con el equipo, cuestiones del personal, falta de conocimiento y reconocimiento de la terapia ocupacional, falta de apoyo y reconocimiento por parte del equipo, falta de cohesión, falta de autonomía, supervisión, condiciones salariales, horas de contacto y atención directa con pacientes y familiares, contacto con la enfermedad y la muerte, gravedad y complejidad de los problemas de las personas a las que se atiende, intervenciones prolongadas con resultado incierto, características de la tarea, ambigüedad de rol, falta de fundamentación de la terapia ocupacional, conflictos personales, edad, bajo distanciamiento psicológico del trabajo durante horas fuera de trabajo, baja frecuencia a tener

una “carcajada”, exposición repetida a la angustia, miedo a la mal práctica, problemas extralaborales (Brown & Pranger, 1992; González et al., 2003; Gupta et al., 2012b; Kraeger & Walker, 1993; Lloyd & King, 2001; Oddie & Ousley, 2007; Poulsen et al., 2014; Rogers & Dodson, 1988).

Según un estudio realizado, uno de los motivos más comunes por los que los terapeutas ocupacionales abandonan la práctica es el estrés y el agotamiento (Bailey, 1990), pues el estrés lleva a la insatisfacción en el trabajo, el bajo compromiso en el mismo y el ausentismo (Gupta et al., 2012a). Las consecuencias del estrés influyen negativamente de forma directa en la salud del individuo, así como en su área interpersonal y en la propia organización en dónde desarrolla su actividad laboral (González et al., 2003). Un estudio realizado en 2007 a terapeutas ocupacionales de Gran Bretaña indicó que pese a sufrir estrés el 54% de ellas/os, la atención a las personas atendidas tuvo un impacto relativamente pequeño (Oddie & Ousley, 2007).

En el estudio realizado por Scanlan & Still (2013), se relacionó la satisfacción en el trabajo con una recompensa (remuneración o reconocimiento) y con el trabajo cognitivo desafiante. Entre las estrategias para afrontar el estrés encontramos: reorganizar el entorno de trabajo, reducir la sobrecarga, controlar las responsabilidades del trabajo, aceptar el hecho de que no todos los/las pacientes vuelven a la función normal, reconocer el problema, autoconocer los signos de estrés, mantenerse a nivel profesional y personal en términos de equilibrio, mantener hábitos saludables, mantener el sentido del humor y pasar tiempo con la familia (Balogun et al., 2002; Gupta et al., 2012b; Wolfe, 1981).

Las conclusiones de los diversos estudios apuntan a que las/los terapeutas ocupacionales deben tomar conciencia de los factores que contribuyen al estrés y desarrollar estrategias para mantener su bienestar en el trabajo. Deben realizar un esfuerzo para encontrar un equilibrio entre su persona y el entorno. Estos esfuerzos tienen que ver con tener habilidades, intereses, estilos de vida y experiencias adecuadas con el objetivo de disminuir el estrés y promover una atención de calidad a las personas (Basset & Lloyd, 2001; Painter et al., 2003). Por otro lado, los estudios recomiendan realizar más investigaciones para aclarar la naturaleza del estrés que experimentan las/los terapeutas ocupacionales, para identificar los riesgos y los factores de protección propios de la profesión y para desarrollar estrategias eficaces que sean capaces de identificar y controlar los sentimientos que conllevan al estrés (Jahrami, 2009; Lloyd & King, 2001; Schlenz et al. 1995).

Justificació

Tras la búsqueda de documentación en diferentes recursos y los antecedentes encontrados sobre la temática, se ha observado que prácticamente todos los estudios están realizados en países anglosajones. Los estudios aseguran que los terapeutas ocupacionales son una población en riesgo de sufrir estrés, que además esto puede conllevar a abandonar la práctica, ya que no existen estrategias desarrolladas para evitar el síndrome. Considero que hacen falta más estudios e investigaciones a nivel nacional, pero incluso comunal, ya que cada sociedad tiene una cultura, un estilo de vida y un momento socio - económico que puede influir a la hora de sufrir estrés (por ejemplo España está viviendo uno de los peores momentos económicos, a la vez que Cataluña en temas de sanidad, desde 1990 es independiente del resto de España). Por otro lado hace falta desarrollar estrategias para afrontar el estrés e incluso prevenir-lo. Así pues las preguntas de investigación son: ¿Trabajan los terapeutas ocupacionales de Cataluña bajo condiciones de estrés? ¿Cómo viven esta situación?

OBJETIVOS

1. Identificar si las/los terapeutas ocupacionales ejerciendo en Cataluña desempeñan su trabajo bajo condiciones de estrés.
 - 1.1. Discutir si el estrés impacta negativamente en la práctica profesional.
 - 1.2. Determinar de qué forma el estrés impacta en la práctica profesional.
2. Comprender experiencias reales de terapeutas ocupacionales ejerciendo en Cataluña sobre el impacto del estrés del terapeuta ocupacional.
 - 2.1. Redefinir qué factores consideran desencadenantes del estrés.
 - 2.2. Describir qué tipo de estrategias utilizan aquellos que tratan de poner solución al estrés.
3. Elaborar una guía para combatir el estrés en profesionales y prevenirlo en estudiantes (si los resultados identificaran que el terapeuta ocupacional ejerce bajo el estrés).

METODOLOGÍA

Enfoque cualitativo

Podemos decir que “la elección de una u otra metodología está en función de los objetivos que se pretendan alcanzar con el objeto de estudio” (Beltrán, 1991)

La necesidad principal de este trabajo, es conocer el discurso de los terapeutas ocupacionales a nivel local sobre el estrés del propio TO. Queremos saber qué piensan y cómo se sienten aquellos terapeutas que ejercen en Cataluña, profundizando en aspectos descriptivos e interpretativos de una realidad construida socialmente.

Es por esta razón, por el hecho de centrarnos en experiencias vividas en primera persona, como por la naturaleza de la pregunta, que la metodología empleada es de tipo cualitativa, pues lo que interesa es predecir y actuar, con la finalidad de desarrollar o mejorar estrategias y acciones concretas de acción social (Rubio y Varas, 1999). Esta metodología pretende conseguir un análisis y una explicación subjetiva. En definitiva, se utiliza la metodología cualitativa para comprender el estrés o el síndrome del quemado, un fenómeno muy concreto y personal.

Por un lado, la investigación tiene un enfoque hermenéutico, ya que su pretensión es interpretar y establecer un significado en base a la comprensión de los hechos (Simó, 2011). Por otro lado, también tiene un enfoque de investigación – acción, ya que el estudio pretende ser una forma de búsqueda autorreflexiva para perfeccionar la lógica y la equidad de las propias prácticas sociales (Kemmis & McTaggart, 1988).

Sujetos del estudio

La selección de sujetos de estudio para una metodología cualitativa tiene el objetivo de comprender un determinado hecho social, y como dice Mayan (2001) en ninguno de los casos la intención es realizar generalizaciones en base a la muestra elegida. Las personas que se incluyen en este estudio son terapeutas ocupacionales, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Diplomado/a o graduado/a en Terapia Ocupacional	Diplomado/a o graduado/a en otras profesiones socio - sanitarias

Colegiado/a en el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC)	No estar colegiado/a en el COTOC o estar colegiado en algún otro colegio
Desempeño laboral actual en Cataluña	Estar en paro o haber desempeñado anteriormente en Cataluña
Trabajo actual a tiempo completo	Trabajo actual a tiempo parcial
Experiencia laboral de TO igual o inferior a 7 años	Experiencia laboral de TO superior a 7 años
Voluntad de la persona	No poder demostrar que se reúnen TODOS los criterios de inclusión
Consentimiento firmado	Consentimiento NO firmado

El criterio de inclusión “Colegiado/a en el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC)” resulta fundamental como estrategia para difundir la propuesta de estudio y para poder tener más facilidades a la hora de captar el muestrario. También es imprescindible, porque por ley, como en otras profesiones, debería de ser obligatorio para poder ejercer como tal.

Tanto el criterio de inclusión “Trabajo actual a tiempo completo” como “Experiencia laboral de TO igual o superior a 7 años” se tienen en cuenta para la selección del muestrario, ya que a partir de la recolecta de información en la búsqueda bibliográfica, pueden suponer un factor desencadenante del estrés.

Intervención

La intervención que se quiere realizar consiste en la recolección de información sobre el estrés o síndrome de burnout en terapeutas ocupacionales que ejercen en la comunidad de Cataluña, a partir de un cuestionario y un grupo de discusión. Posteriormente se pretende analizar y

evaluar la información obtenida. La intervención la podríamos dividir en dos fases: en primer lugar la creación y el desarrollo de un grupo de discusión; y en segundo lugar la realización de un cuestionario como forma de medir el estrés desde un enfoque cualitativo.

Técnicas cualitativas para medir

Las técnicas seleccionadas para medir el estudio sobre el estrés tienen un enfoque cualitativo y hacen referencia al grupo de discusión y el cuestionario. La combinación de técnicas es una estrategia de diseño de investigación muy frecuente. Se selecciona el grupo de discusión como técnica porque ésta es recomendable, entre otras cosas, cuando la investigación requiere una interacción directa entre el investigador y los investigados (Callejo, 2001). Como los objetivos apuntan a la necesidad de conocer vivencias en primera persona, consideramos que es necesaria esta interacción directa. Por otro lado también se selecciona la técnica del cuestionario ya que es una herramienta que permite llegar a un mayor número de participantes, facilita el análisis y es menos costosa (Fox, 1981).

Grupo de discusión

Esta técnica consiste en la realización de una entrevista de forma grupal. Esta entrevista es semi – estructurada. Como aportan Rubio y Varas (1999), en esta técnica no se trata de realizar un listado de preguntas fijas, sino que un guion de los diferentes temas que pueden resultar relevantes para el estudio. Esto permite libertad al grupo en la descripción de sus experiencias y enriquece notablemente el contenido de la información.

Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación semi - estructurada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador. La discusión es relajada, confortable y suele ser satisfactoria para los participantes ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, ya que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión. (Krueger, 1991).

El grupo de discusión será la primera técnica a realizar porque nos servirá de cara a la preparación y realización del cuestionario. En primer lugar nos ayudará a identificar el lenguaje propio de los participantes, también nos ayudará a conocer diferentes posturas y posiciones para formular las opciones de respuesta a preguntas del cuestionario y por último nos ayudará a anticipar posibles problemas de rechazo o no respuesta en determinadas preguntas (Llopis, 2004).

Se realizarán encuentros hasta que la información se sature, es decir, que los encuentros del grupo de discusión finalizarán cuando se observe que ya no se genera más información relevante.

El grupo estará constituido por 8 personas, estableciendo un nuevo criterio de inclusión específico para el grupo de discusión: dos personas ejerciendo en el ámbito de pediatría, dos ejerciendo en geriatría, dos terapeutas del campo de la neurorehabilitación y por último dos ejerciendo en el ámbito de la salud mental. El motivo de que el grupo de terapeutas ocupacionales sea heterogéneo en cuanto a los ámbitos de trabajo, es poder obtener más pluralidad de información, ya que tras la búsqueda bibliográfica no se ha identificado una relación directa entre sufrir estrés y un ámbito de trabajo específico.

Según Taylor y Bogdan (1987) el número de categorías que se adopten dependerá de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad de nuestro esquema analítico. Para Tesch (1990) en la teoría fundamentada “algunas categorías pueden ser derivadas de teorías existentes, pero este procedimiento es flexible”, es aquí entonces donde cabe hablar de emerger categorías desde los datos (esto se realizaría en los encuentros de grupo de discusión posteriores al primero). Las categorías o temáticas iniciales a tratar en el primer grupo de discusión serían las siguientes:

1. Presentación del grupo de discusión
2. Autopresentación de los participantes (antigüedad ejerciendo como terapeuta, ámbito actual de trabajo, tipo de jornada de trabajo)
3. El estrés (desde el punto de vista de los participantes)
4. El estrés (definiciones de autores)
5. Vivencia del estrés
6. Factores facilitadores del estrés (según la autopercepción de los participantes)
7. Factores facilitadores del estrés (según los antecedentes encontrados en la literatura)
8. Impacto y/o consecuencias del estrés en la práctica profesional (según la autopercepción de los participantes)
9. Impacto y/o consecuencias del estrés en la práctica profesional (según los antecedentes encontrados en la literatura)
10. Estrategias para combatir el estrés (de los participantes)

11. Estrategias para combatir el estrés (según los antecedentes encontrados en la literatura)

Como se puede observar, en primer lugar se dará pie a los relatos de los participantes, antes de facilitarles información sobre la temática, con el objetivo de condicionar y sugestionar lo menos posible.

Cuestionario

El cuestionario consiste en “un conjunto más o menos amplio de preguntas o cuestiones que consideran relevantes para el rasgo, características o variables que son objeto de estudio” (Bisquerra, 1989).

Tras una búsqueda bibliográfica de instrumentos validados que midan el estrés se ha elaborado un cuestionario propio para el estudio, ya que no hay existencia de ningún instrumento validado que evalúe en concreto el estrés del terapeuta ocupacional. Los instrumentos en los que nos hemos basado son: el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Anexo IV) creado por Maslach y Jackson (1981), por ser el instrumento más utilizado para medir el estrés, tal y como queda reflejado en los antecedentes de la temática; y por otro lado el “Inventario SISCO - ELE” (Anexo V) que está diseñado por Barraza (2012) para evaluar el estrés laboral de las educadoras (profesorado). Se ha considerado que los maestros, al igual que los terapeutas ocupacionales, ejercen una profesión en dónde existe una interacción directa con las personas, y es por eso que hemos apostado por qué este instrumento nos sirva de guía.

Para realizar el cuestionario, se han tenido varias características en cuenta, tal y como recomiendan Lanckshear y Knobel (2007, citado en Barraza, 2012): en el cuestionario deben constar preguntas abiertas y las respuestas deben ser escritas por los participantes, contestar un cuestionario cualitativo no debe superar los 20 minutos de tiempo en adultos.

El cuestionario se basará en dos partes: una primera parte de preguntas con respuestas abiertas, mientras que una segunda parte de preguntas con respuestas cerradas (Anexo VI). Esta segunda parte de preguntas cerradas se codificará en valores para posteriormente realizar porcentajes de información cualitativa. La plantilla de este cuestionario puede ser flexible en su diseño en función de los datos extraídos de la información relevante a partir del grupo de discusión. Una vez se construyera el cuestionario definitivo, este debería pasar una revisión por parte de un departamento experto para la comprobación de las características y su validez.

El cuestionario se enviará al Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña, para que en un periodo de tres meses, reenvíen tres veces (una por mes) tal cuestionario, transmitiendo la información y la necesidad de colaborar en este estudio. El objetivo de que el cuestionario se reenvíe repetidas veces, consiste en captar el mayor número de personas posibles que puedan aportar información relevante al estudio.

Pasados los tres meses se dará por finalizado el proceso de recolección de datos a partir del cuestionario. Si el número de cuestionarios contestados y relevantes no supera la cantidad de 10, el periodo de recolección de datos a partir del cuestionario se ampliará o se hallaran nuevas formas de difundir la información para favorecer la participación. No existe un número máximo de análisis de información, siempre y cuando se cumplan los criterios de inclusión.

Análisis del registro

El proceso de recogida de datos se hará a través del análisis del cuestionario, traspasando los resultados a modo de porcentajes cualitativos.

Por otro lado también se hará un análisis de los datos obtenidos en el grupo de discusión. A partir de las filmaciones con audio, se recogerán los datos de todos los participantes a partir de las categorías de conceptos.

El nivel de categorización se logrará en el análisis a través del agrupamiento de códigos, resaltando las relaciones entre éstos y su incidencia en la categoría. Para este proceso utilizaremos el Atlas Ti, que es un gestor de información para realizar el proceso analítico y lograr una mayor optimización de los datos, ya que forma familias de códigos que representan las categorías.

Limitaciones del estudio

Los posibles problemas que creemos que pueden surgir durante la ejecución del proyecto y que pudieran intervenir a la hora de obtener resultados son los siguientes:

1. Que el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña, no quiera o no pueda colaborar en la medida que se le pide en el estudio. La probabilidad de que esto suceda es baja, ya que basándonos en anteriores experiencias, podemos decir que están bastante predispuestos a la hora de recibir propuestas y colaborar en proyectos.
2. Que las personas que reciban el cuestionario no contesten a éste. Para minimizar el problema, como con anterioridad se ha explicado, el cuestionario se reenviara a todos

Piñol, Martínez, Irene

los socios del COTOC en tres ocasiones diferentes (una vez por mes). Si aun así el problema surgiera, se estudiarían otras formas de difusión del cuestionario.

3. Que alguna persona o personas que formen parte del grupo de discusión quieran abandonar su participación. En este caso si el abandono no es superior a dos personas, el grupo de discusión continuará con el resto de participantes. Si durante el transcurso abandonan más de 2 personas, se volverá a realizar un grupo de discusión desde sus inicios con nuevos integrantes.
4. Que no se reúnan las suficientes personas con los criterios de inclusión del proyecto. Esto resulta un problema con probabilidad media de que pudiera surgir, pues una gran mayoría de terapeutas ocupacionales que ejercen en Cataluña no están colegiados. El Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña, tiene apenas 1 año y 3 meses de vida, y cuenta con 337 colegiados, cuando el número estimado de terapeutas ocupacionales ejerciendo en Cataluña es mucho superior (el dato de personas ejerciendo en Cataluña no se ha podido encontrar en ningún registro ni a través de COTOC, no consta).

El régimen de colegiación de COTOC, refleja que la colegiación es obligatoria para poder ejercer como terapeuta ocupacional, tal y como se expone en la Ley 7/2006, de 31 de mayo, del ejercicio de profesiones tituladas y de los colegios profesionales y como consta en el artículo 38 del estatuto del COTOC:

- La incorporación al colegio profesional correspondiente es un requisito necesario para el ejercicio de las profesiones colegiadas, en los términos establecidos por la legislación vigente.
 - El requisito de colegiación no es necesario si se trata de personal al servicio de las administraciones públicas de Cataluña, con respecto al ejercicio con carácter exclusivo de las funciones y actividades propias de su profesión que ejercen por cuenta aquéllas.
5. El uso de metodología únicamente cualitativa, puede haber supuesto una limitación. Con los resultados obtenidos en este estudio, sería interesante realizar un mismo estudio desde un enfoque cuantitativo, para después comparar resultados.

Aspectos éticos

El proyecto se compromete a proteger los derechos de las personas participantes y los datos recogidos, con el único fin de utilizarlos en el estudio planteado. Para ello y de forma adjunta al cuestionario, se entregará un documento explicativo que deberá ser firmado, sobre la

Piñol, Martínez, Irene

protección de datos que la persona facilite. Así mismo, para formar parte del grupo de discusión será necesario firmar el mismo consentimiento. La hoja de consentimiento para la investigación que se utilizará en este estudio está inspirada y diseñada a partir de la plantilla creada por la Universidad Católica del Perú Pontificia (Anexo VII).

El estudio respetará la pluralidad y la diversidad de opiniones que puedan tener los diversos participantes. Esta investigación no realiza ninguna intervención diagnóstica ni de tratamiento en las personas objeto de interés en el estudio, por lo que se considera que el estudio no tiene riesgos para la salud de los participantes ni lesión sobre su integridad física y moral.

El estudio incorpora los principios éticos de la Declaración de Helsinki (Anexo VIII). Por otro lado antes de llevar a cabo el proyecto, éste será evaluado por un comité de ética acreditado.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Los resultados del estudio aportarán varios beneficios. En primer lugar tomar conciencia de la problemática del estrés del terapeuta ocupacional (si es que así se confirma). Si los resultados apuntaran que el terapeuta ocupacional que ejerce en Cataluña sufre estrés, terapeutas ocupacionales del resto de España e incluso otros profesionales del ámbito socio sanitario, podrían verse reflejados y auto reflexionar sobre esta teoría. Por otro lado se podría concienciar del impacto del estrés en la práctica profesional. Si un profesional socio sanitario no tiene salud, no podrá asegurar la salud de las personas a las que atiende. La práctica profesional del terapeuta ocupacional, no solo debe de ser eficaz sino que también eficiente, y con ese rol deberíamos de ser figuras y modelos a seguir. Los resultados podrían contribuir a la hora de despertar o aumentar la motivación de los profesionales para la búsqueda de soluciones a problemas propios como es el estrés. Otra finalidad consistiría en desarrollar o mejorar estrategias y acciones concretas para disminuir el estrés del terapeuta ocupacional, diseñando una guía o un programa a partir de la información extraída (si es que se identificara que los terapeutas ocupacionales trabajan bajo condiciones de estrés y consideraran que no tienen estrategias eficaces para afrontar el problema). Esta guía o programa podría construirse con colaboraciones de expertos en la temática, con el objetivo de poner soluciones reales y sostenibles, adecuadas y compatibles con el momento socio – económico. Empezar a estar sanos, para sanar.

“El hombre moderno debe aprender a controlar y manejar su estrés o se verá abocado al fracaso, la enfermedad y la muerte.”

Hans Selye

ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO

La duración total del proyecto es aproximadamente de un año y medio, teniendo en cuenta el cronograma siguiente sobre el diseño de la planificación del proyecto, así como la implementación e intervención del mismo, el análisis de los resultados, la discusión y las conclusiones.

ETAPAS	Dic.	En.	Feb.	Mar.	Ab.	Ma.	Jun.
Propuesta temática	1						
Propuesta aceptada	6						
Tutoría	11						
Búsqueda Bibliográfica							
Análisis documentación relevante							
Tutoría		8					
Planificación Trabajo de campo							
Entrega TFG I		17					
Tutoría				27			
Diseño de intervención							
Tutoría					22		
Elaboración Informe final TFG							
Entrega TFG						17	
Presentación oral escrita							3

PRESUPUESTO

	CONCEPTO	HORAS	€/ HORA	EUROS TOTAL
Personal:	Tareas:			
Investigador principal	Documentación sobre temática	20 h	25,00.-€/ h	500,00.-€
	Diseño e implementación grupo de discusión	8 h	30,00.-€/ h	240,00.-€
	Diseño cuestionario	4 h	17,00.-€/ h	68,00.-€
	Transcripción de datos	10 h	10,00.-€/ h	100,00.-€
	Análisis de datos	24 h	30,00.-€/ h	720,00.-€
	Conclusiones	6 h	30,00.-€/ h	180,00.-€
TOTAL				1.808,00.-€
Investigador nº1	Documentación sobre temática	20 h	22,00.-€/ h	440,00.-€
	Diseño grupo de discusión	4 h	22,00.-€/ h	88,00.-€
	Diseño cuestionario	4 h	17,00.-€/ h	68,00.-€
	Análisis de datos	24 h	28,00.-€/ h	672,00.-€
TOTAL				1.268,00.-€
Becario	Transcripción de datos	10 h	10,00.-€/ h	100,00.-€
	Análisis de datos	24 h	20,00.-€/ h	480,00.-€
	Conclusiones	6 h	20,00.-€/ h	120,00.-€
TOTAL				700,00.-€

Material inventariable:	
Cámara de video	300,00.-€
Ordenador portátil	700,00.-€
TOTAL	1.000,00.-€
Material fungible:	
Material administrativo	200,00.-€
TOTAL	200,00.-€
Viajes y dietas	400,00.-€
TOTAL	400,00.-€
TOTAL PRESUPUESTO	5.376,00.-€

NOTA FINAL DEL AUTOR

Desde el primer año del grado de Terapia Ocupacional, se nos informó de que para acabar los estudios se debía hacer en el último año el Trabajo de Fin de Grado, pero el cuarto curso estaba tan lejos, que en ningún momento me planteé lo que supondría realizarlo. A inicios del cuarto curso, nos comentaron que debíamos elegir una temática para el trabajo, pero entonces y como muchos de mis compañeros, yo aún no sabía muy bien sobre qué enfocarlo. Me apresuré eligiendo un tema relacionado con el arte, por una vinculación en un proyecto, pero por motivos personales tuve que desvincularme de éste y cambiar la temática. Desde el momento que decidí realizar el TFG sobre el estrés del terapeuta ocupacional, tenía pensado llevarlo a cabo de forma práctica y no solo teórica, pero por motivos de tiempo ha sido imposible. Considero que hacer este trabajo te da cierta formación y conocimiento para el día de mañana plantear estudios o escribir artículos, por la exigencia que se nos pide a la hora de realizar y saber hacer una buena búsqueda de información, pero en contra, desde mi punto de

Piñol, Martínez, Irene

vista, el hecho de que no sea un requisito llevar a cabo de forma práctica el TFG, empobrece el trabajo, ya que es en los momentos prácticos cuando una persona más aprende, cuando surgen los problemas reales y se tienen que buscar las soluciones que más se ajusten a la realidad. Quizás sería más interesante realizar en el TFG I las tareas que hemos realizado en el TFG I y II, y así dedicar el TFG II a la puesta en práctica del trabajo. Pese a esto, creo que realizar un trabajo de este tipo es una muy buena forma de acabar el grado. Aunque a veces el TFG te genere momentos de agobio, considero que con él se adquieren unos conocimientos que en un futuro pueden ser muy provechosos. El proceso de realizar el TFG ha sido muy enriquecedor.

REFERENCIAS

Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. (1996). Disponible en:
<http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

Colegio Oficial de Terapeutas de Cataluña (COTOC).

Consentimiento informado para la investigación. Universidad Católica del Perú Pontificia.

Declaración de Helsinki. (2008). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial. Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

Declaración de Yakarta (1997). Disponible en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en:
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Maslach & Jackson. (1981). Maslach Burnout Inventory.

Organización Mundial de la Salud (OMS).

BIBLIOGRAFIA

- Adolescents TV. (2014). *CENTO a la Universitat de Vic [Video]*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Zr-4-PYc-YA>
- Bailey, D.M. (1990). Reasons for attrition from occupational therapy. *The American journal of occupational therapy*, 44 (1), 23 – 29.
- Balogun, J.A., Titiloye, V., Balogun, A., Oyeyemi, A., Katz, J. (2002). Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *Journal of Allied Health*, 31 (3), 131-139.
- Barraza Masías, A. (2012). *El inventario SISCO para el estudio del estrés laboral en educadoras*. México: Instituto Universitario Anglo Español.
- Bassett, H., Lloyd, C. (2001). Occupational therapy in mental health: Managing stress and burnout. *The British Journal of Occupational Therapy*, 64 (8), 406-411
- Beltrán, M. (1991). *La realidad social*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Bird, D.J. (2001). *The influences and impact of burnout on occupational therapists*. Capella University.
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: Revisión de Las Escalas de Medida de la Calidad de Vida*. Barcelona: Elsevier Masson, S.A.
- Brown, G.T., Pranger, T. (1992). Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel. *The Canadian journal of occupational therapy*, 59 (5), 258-267.
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

Del Valle López, R., Guzmán Lozano, S. (2009). Proyecto de vida en las personas con trastorno mental grave. *Revista TOG (A Coruña)*, 6 (6), 31 – 44. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tmg.pdf>

Edwards, H., Dirette, D. (2010). The Relationship Between Professional Identity and Burnout Among Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 24 (2), 119-129.

Fernández Martínez, M^a Elena. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis Doctoral, Universidad de León. León: España. Disponible en: <http://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>

Fernández Morante, B. (2011). *Un análisis multidimensional del Síndrome de Burnout en profesorado de conservatorios y enseñanza secundaria*. Tesis Doctoral, Universitat de València. Valencia: España. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/78805/fdez%20morante.pdf?sequence=1>

Fox, D.J. (1981). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Universidad de Navarra Ediciones, S.A.

Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

González, J.L., Moreno, R., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonoso L., Del Barco, P., Ardoy, J. (2003). Burnout en terapia ocupacional: un análisis focalizado sobre el nivel de consecuencias individuales y organizacionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1 (1), 59 – 73.

Gracia, D. (1998). *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Santafé de Bogotá: Editorial El Búho.

Gupta, S., Paterson, M.L., von Zweck, C.M., Lysaght, R.M. (2012). Experiences of burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79 (2), 86 – 95.

Gupta, S., Paterson, M., von Zweck, C., Lysaght, R. (2012). Using hermeneutics to understand burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Qualitative Report*, 17 (3), 1 – 25.

Jahrami, Haitham. (2009). A survey of burnout of the mental health occupational therapy staff in the Psychiatric Hospital, Bahrain. *The British Journal of Occupational Therapy*, 72 (11), 458 – 464.

Kemmis, S. & McTAGGART, R. (1988). *The Action Research Reader*. Australia, Deakin University Press.

Kraeger, M.M., Walker, K.F. (1993). Attrition, burnout, job dissatisfaction and occupational therapy managers. *Occupational Therapy in Health Care*.

Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

Llopis, R. (2004). *Grupos de discusión*. Madrid: ESIC Editorial.

Lloyd, C., King, R. (2001). Work - related stress and occupational therapy. *Occupational therapy International*, 8 (4), 227 – 243.

Lloyd, C., King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39 (9), 752 – 757.

Maslow, A. (1943). Una teoría de la motivación humana. En A. Maslow, *Motivación y personalidad*. (pp. 3 – 108). Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.

Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Canadá: Qual Institute Press. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>

Mingote Adán, J.C. & Pérez Corral, F. (1999). *El estrés del médico: manual de autoayuda*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Muñoz, F.J. (2004). *El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial*. Huelva: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.

Noya Arnáiz, B. (2001). Ámbitos de actuación de la Terapia Ocupacional. Rol y funciones del terapeuta ocupacional. En P. Durante Molina, B. Noya Arnáiz & B. Polonio López, *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. (pp. 125 – 132). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Oddie, S., Ousley, L. (2007). Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service. *The British Journal of Forensic Practice*, 9 (2), 32 – 48.

Painter, J., Akroyd, D., Elliot, S., Adams, R.D. (2003). Burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 63 – 78.

Poulsen, A., Meredith, P., Khan, A., Henderson, J., Castrisos, V., Khan, R. (2014). Burnout and work engagement in occupational therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*.

Rogers, J.C., Dodson, S.C. (1988). Burnout in occupational therapists. *The American journal of occupational therapy*, 42 (12), 787 – 792.

Rubio, M^aJ., Varas, J. (1999). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Editorial CCS.

Scanlan, J.N., Still M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *The Australian occupational therapy journal*, 60 (5).

Schlenz, K.C., Guthrie, M.R., Dudgeon, B. (1995). Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *The American journal of occupational therapy*, 49 (10), 986 – 993.

Simó Algado, Salvador. (2011). *La palabra y la acción: Lucha contra la pobreza, ciudadanía y salud a través de nuevas praxis universitarias*. Tesis Doctoral, Universitat de Vic. Vic: España. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9325/PALABRAACCION.pdf?sequence=1>

Sturgess, J., Poulsen, A. (1983). The Prevalence of Burnout in Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 3 (4), 47 – 60.

Sweeney, G., Nichols, K. (1996). Stress experiences of occupational therapists in mental health practice arenas: a review of the literature. *The International journal of social psychiatry*, 42 (2), 132 – 140.

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. London: Falmer Press.

Willard & Spackman. (2003). *Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Wolfe, G. A. (1981). Burnout of therapists. Inevitable or preventable?. *Physical therapy*, 61 (7), 1046 – 1050.

ANEXOS

Anexo I. Términos de búsqueda

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
	Término 1	Término 2	Término 3
En Castellano	Evaluación del impacto en la Salud	Agotamiento profesional	Personal de salud
Término equivalente	Impacto psicosocial	Estrés laboral	Terapeuta ocupacional
En inglés	Health impact assessment	Burnout professional	Health personnel
Término equivalente	Psychosocial impact	Work stress	Occupational therapist

Anexo II. Descriptores

DESCRIPTORES			
	Término 1	Término 2	Término 3
En castellano (DeCS)	Evaluación del impacto en la Salud	Agotamiento profesional	Personal de salud
	Impacto psicosocial		
En inglés (MeSH)	Health impact assessment	Burnout professional	Health personnel
	Psychosocial impact		

Anexo III. Base de datos y revistas

<i>BASE DE DATOS</i>	CINAHL Cochrane Library Plus Cuiden Plus Excelencia clínica Guía salud JBI COnNECT + LILACS Medline PsycINFO PubMed Scopus Tesis doctorales TDX
<i>REVISTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL</i>	Occupational Therapy in Health Care Occupational therapy international The American Journal of Occupational therapy The Australian Occupational Therapy Journal The British Journal of Occupational Therapy The Canadian Journal of Occupational Therapy The Hong kong Journal of occupational therapy

Anexo IV. Maslach Burnout Inventory

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory (1986) inventado por Maslach y Jackson, es el instrumento más utilizado en todo el mundo para medir el estrés. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI. La subescala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización ("despersonalization") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

El aspecto evaluado y la respuesta a sumar funciona de la siguiente manera:

- Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- Despersonalización 5,10,11,15,22
- Realización 4,7,9,12,17,18,19,21
- Personal

Las claves para la interpretación de este cuestionario son las siguientes:

- Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo". Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p> <p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
<p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>	
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.	

14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.

Anexo V. Inventario SISCO – ELE

Este instrumento de investigación está creado por Barraza (2012) para medir el estrés laboral en educadoras. El inventario presenta una alta confiabilidad y tiene evidencia de validez.

Instrumento

Instrucciones: responda lo que se le solicite en cada una de las preguntas:

1.- Durante el transcurso de este ciclo escolar ¿ha tenido momentos de preocupación o nerviosismo?

Sí

No

En caso de seleccionar la alternativa "no", el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa "sí", pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2.- Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señale su nivel de preocupación o nerviosismo, donde (1) es poco y (5) mucho.



a) Dimensión estresores

A continuación se presentan una serie de situaciones que suelen estresar a las educadoras.

Por favor indique con una X, el nivel de frecuencia con el que usted se siente estresada por esa situación.

¿Con que frecuencia se estresa por:

Estresores	N	AV	CS	S
El trabajo administrativo (llenado de papelería, planes de clase, diarios, expedientes, etc.)				
Problemas personales y/o laborales con mis compañeras de trabajo				
La indisciplina de los alumnos				
No lograr los objetivos planeados				
La supervisión de las autoridades				
La sobrecarga de trabajo				
Falta de materiales didácticos				
El examen de Carrera Magisterial				
Lo numeroso del grupo				
La organización del tiempo escolar				
La aplicación de nuevas metodologías				
La falta de apoyo de otros maestros (educación física, música, educación especial, etc.)				
La acumulación del trabajo				
Organización de festivales				
Las interrupciones de clase				
La evaluación de los alumnos				
La organización de las actividades a trabajar				
Mis expectativas laborales no cumplidas				
El poco o nulo avance de los niños				
Realización de actividades extra clase				

b) Dimensión síntomas (reacciones)

A continuación se mencionan una serie de síntomas o reacciones que suelen presentar las educadoras cuando están estresadas.

Por favor indique con una X, el nivel de frecuencia con el que se le presentan a usted estos síntomas, cuando se siente estresada.

¿Con que frecuencia se le presentan a usted los siguientes síntomas, cuando está estresada:

Estresores	N	AV	CS	S
Dolor de cabeza o migraña				
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)				
Fatiga				
Problemas de presión (hipertensión o hipotensión)				
Dolor en el cuello				
Problemas digestivos				
Angustia				
Tristeza				
Desesperación				
Problemas de concentración				
Ansiedad				
Mal humor				
Poca tolerancia hacia los demás				
Flojera				
Falta o aumento de apetito				
Irritabilidad				
Mantenerse callado				

c) Dimensión estrategias de afrontamiento

A continuación se presentan una serie de acciones que suelen realizar las educadoras para enfrentar su estrés.

Por favor indique con una X, el nivel de frecuencia con el que usted usa cada una de estas acciones para enfrentar su estrés.

¿Con que frecuencia realiza usted las siguientes acciones, cuando está estresada:

Estresores	N	AV	CS	S
Salir a caminar o hacer ejercicio				
Escuchar música				
Pensar de manera positiva				
No pensar en lo que me estresa				
Leer sobre lo que me estresa y aplicar las soluciones propuestas				
Solicitarle ayuda a otras personas				
Relajarme o tratar de tranquilizarme				
Detectar o identificar el problema que lo causa				
Distraerme haciendo otras cosas				
Tratar de solucionar el problema				
Darme ánimos				
Hablar del problema con otras personas				
Desahogarme gritando o llorando				
Rezar o leer la Biblia				
Tratar de controlarme				
Descansar				

Clave de corrección:

Para determinar como válidos los resultados de cada cuestionario, y por lo tanto aceptarlos, se toma como base la regla de decisión $r > 70\%$ (respondido en un porcentaje mayor al 70%). En ese sentido, se considera necesario que el cuestionario tenga contestados por lo menos 39 ítems de los 55 que lo componen, en caso contrario se anulará ese cuestionario en lo particular.

Para su interpretación es necesario obtener el índice de cada ítem, o de cada dimensión, según sea el interés; se recomienda seguir los siguientes pasos:

- A cada respuesta del inventario se le asigna un valor ya preestablecido. Se recomienda 0 para nunca, 1 para algunas veces, 2 para casi siempre y 3 para siempre.
- Se obtiene la media por cada ítem y se transforma en porcentaje a través de regla de tres simple.
- Una vez obtenido el porcentaje se interpreta con el siguiente baremo: de 0 a 33%: nivel leve; de 34% a 66% nivel moderado; y de 67% a 100% nivel profundo.
- Para cada dimensión se procede obteniendo la media respectiva e interpretándola con el baremo ya mencionado

Anexo VI. Cuestionario sobre el estrés del terapeuta ocupacional**CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL**

El objetivo de este cuestionario es poder comprender su situación de estrés ejerciendo como terapeuta ocupacional, es por eso que le pedimos su colaboración y se la agradecemos de antemano. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. El resultado de este cuestionario es estrictamente confidencial y en ningún caso accesible a otras personas. En caso de tener dudas, desear tener su propio resultado o necesitar cualquier información puede ponerse en contacto con _____, mediante este teléfono 6XX XXX XXX, o a través del siguiente email ixxxxxxxxx@gmail.com.

DATOS GENERALES**Nombre:****Sexo:** Femenino Masculino**Nº.Colegiado/a COTOC:****Trabajo actual de Terapeuta Ocupacional (TO) en Cataluña:** Si No**Tipo jornada de trabajo:** Total Parcial**Tipo de jornada de trabajo:** Intensiva Partida**Antigüedad ejerciendo de TO:****Ámbito de trabajo actual:****Antigüedad en el trabajo actual:****PREGUNTAS ABIERTAS****1) ¿Usted siente que tiene estrés?**

PREGUNTAS CERRADASA. *Dimensión estresores*

A continuación se presentan una serie de situaciones que suelen estresar a los terapeutas ocupacionales. Por favor indique con una **X** en las casillas “NUNCA – A VECES – CASI SIEMPRE – SIEMPRE”, el nivel de frecuencia con el que usted se siente estresado/a por esa situación.

Con frecuencia se estresa por:

Estresores	N	AV	CS	S
Cuestiones de organización				
Problemas personales y/o laborales con mis compañeros/as de trabajo				
Falta de autonomía				
La supervisión de autoridades				
La sobrecarga de trabajo				
Falta de recursos en el trabajo (materiales, económicos)				
Poco reconocimiento o apoyo por parte del equipo				
Condiciones de salud de los pacientes				
Horas de contacto directo con los pacientes o su familia				
Características de la tarea				
Problemas extralaborales				
Otras (especifique cuales):				
1.				
2.				
3.				

B. Dimensión síntomas (reacciones)

A continuación se mencionan una serie de síntomas o reacciones que suelen presentar los terapeutas ocupacionales cuando están estresados. Por favor indique con una **X** en las casillas “NUNCA – A VECES – CASI SIEMPRE – SIEMPRE”, el nivel de frecuencia con el que se le presentan a usted estos síntomas, cuando se siente estresado/a.

Frecuencia con que se le presentan a usted los siguientes síntomas, cuando está estresado/a:

Síntomas	N	AV	CS	S
Dolor de cabeza o migraña				
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)				
Fatiga				
Dolor en el cuello				
Problemas digestivos				
Angustia				
Tristeza				
Desesperación				
Problemas de concentración				
Ansiedad				
Mal humor				
Poca tolerancia a los demás				
Falta o aumento de apetito				
Irritabilidad				

Otras (especifique cuales):				
1.				
2.				
3.				

C. Dimensión estrategias de afrontamiento

A continuación se presentan una serie de acciones que suelen realizar los terapeutas ocupacionales para afrontar su estrés. Por favor indique con una **X** en las casillas “NUNCA – A VECES – CASI SIEMPRE – SIEMPRE”, el nivel de frecuencia con el que usted usa cada una de estas acciones para enfrentar su estrés.

Frecuencia con la que realiza las siguientes acciones, cuando se siente estresado/a:

Acciones	N	AV	CS	S
Salir a caminar o hacer ejercicio				
Practicar hobbies				
Pensar de manera positiva				
Solicitarle ayuda a otras personas				
Relajarme o tratar de tranquilizarme				
Detectar o identificar el problema que lo causa				
Tratar de solucionar el problema				
Darme ánimos				
Hablar del problema con otras personas				
Compartir momentos con la familia o mis amigos				
Tratar de controlarme				
Descansar				

Otras (especifique cuales):				
1.				
2.				
3.				

Clave de corrección:

Para determinar como válidos los resultados de cada cuestionario en relación a las preguntas cerradas, se toma como base la regla de decisión $r > 70\%$ (respondido en un porcentaje mayor al 70%). En ese sentido se considera necesario que el cuestionario tenga contestados por lo menos 26 ítems de los 37 que lo componen, en caso contrario se anulará ese cuestionario en particular. Para su interpretación es necesario obtener el índice de cada ítem, o de cada dimensión según sea el interés; se recomienda seguir los siguientes pasos:

- A cada respuesta del inventario se le asigna un valor ya preestablecido. Se recomienda 0 para nunca, 1 para algunas veces, 2 para casi siempre y 3 para siempre.
- Se obtiene la media por cada ítem y se transforma en porcentaje a través de regla de tres simple.
- Una vez obtenido el porcentaje se interpreta con el siguiente baremo: de 0 a 33% nivel leve; de 34% a 66% nivel moderado; y de 67% a 100% nivel profundo.
- Para cada dimensión se procede obteniendo la media respectiva e interpretándola con el baremo ya mencionado.

Anexo VII. Consentimiento informado para participantes de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____. La meta de este estudio es *comprender a los terapeutas ocupacionales que ejercen en Cataluña bajo condiciones de estrés.*

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá rellenar un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas y/o participar en un grupo de discusión. Contestar el *cuestionario* le tomará aproximadamente *15 minutos de su tiempo*. Participar en un *grupo de discusión* le tomará aproximadamente *1 hora de su tiempo* (sin contar el tiempo destinado a sus desplazamientos). El coste de los desplazamientos correrá a cuenta de la investigación. Las conversaciones durante el grupo de discusión serán grabadas, de modo que el investigador y su equipo técnico puedan transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y/o sus conversaciones del grupo de discusión serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, el material de las grabaciones se destruirá.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna pregunta del cuestionario o alguna temática en el grupo de discusión le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. El contacto del investigador es _____

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado/a de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo facilite durante esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con _____ a través de _____.

Entiendo que una vez concluido el estudio, puedo pedir información sobre los resultados y para esto, puedo contactar con el investigador.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo VIII. Declaración de Helsinki

La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, creada en Finlandia en 1964 y actualizada en diferentes asambleas generales de Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004) y Corea (2008), habla de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Los principios éticos de la declaración son los siguientes:

1. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
2. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
3. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.
4. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.
5. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta

Piñol, Martínez, Irene

Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
7. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
8. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.
9. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.
10. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
11. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.
12. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la

comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

13. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.
14. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.
15. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.
16. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.
17. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo

Piñol, Martínez, Irene

potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

18. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.
19. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
20. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.