



Universidad  
de Alcalá

مَنظَرَة LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDI  
J MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO I  
医生组织 ARZTE DER WELT दूरिवा के दुनिये MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD 世  
IE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医生组织 ARZTE DER WELT दूरिवा के दुनिये M  
DICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DE



MÉDECINS D  
LÄKARE I VÄ  
KTERS VAN D  
VÄRLDEN ME  
生组织 DOCTO

UAH  
TFM

***Guía de autocuidado holístico  
para profesionales de acción  
humanitaria.***

**Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria**

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**Presentado por: D<sup>a</sup> Sara Maria Martin Jofré**

**Tutorizado por: Dra. Feli Ibañez Lladó y la Dra. Yedra García Bastante**

**Alcalá de Henares, a 30 de Enero de 2023**

## **TITULO Y AUTORES**

Guía de autocuidado holístico para profesionales de acción humanitaria. Autora Sara Maria Martín Jofré, tutorizada por Feli Ibañez Lladó y Yedra García Bastante.

## **RESUMEN**

**Objetivos.** Contribuir a la mejora de la salud integral de los profesionales de acción humanitaria. Identificar los principales problemas de salud mental percibidos por estos profesionales. Crear una herramienta de autocuidado holístico para profesionales de acción humanitaria.

**Metodología.** 1º fase del estudio: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos actualizadas (Science Direct, Pubmed) encontrando un total de 115 artículos potencialmente válidos. Tras un análisis exhaustivo, cumplieron finalmente los criterios de inclusión/exclusión y los análisis de calidad pertinentes un total de 18.

2º fase del estudio: Consistió en la realización de un total de 6 entrevistas semiestructuradas a profesionales que trabajan en el sector humanitario junto con 3 cuestionarios que complementaban la información obtenida durante las entrevistas ProQol-vIV, TMMS-24 , Burnout Maslach (MBI).

**Resultados.** Problemas de salud identificados en la literatura encontrada (depresión, ansiedad, distrés, insomnio, ideación suicida, TEPT, STS), factores de riesgo y de protección que apoyan los datos obtenidos en las entrevistas y cuestionarios realizados (n=6). Creación de una *“Guía de autocuidado holístico para profesionales de acción humanitaria, CUIDA-T”* como propuesta de intervención para la mejora de la salud física, mental y social de los trabajadores de acción humanitaria.

**Conclusiones.** *“CUIDA-T”* surge como respuesta a la problemática hallada en la investigación. Pretende ser una herramienta integrada en las organizaciones que involucre a todos sus miembros y que promueva la cultura del cuidado consiguiendo la *“humanización de las organizaciones”*.

**Palabras clave.** Profesionales de acción humanitaria. Autocuidado. Resiliencia. Apoyo Psicosocial. Salud mental.

## ABSTRACT

**Objectives.** Contribute to improve the holistic health of humanitarian aid workers. Identify main mental health problems perceived by humanitarian aid workers. To create a self-care guide for humanitarian aid workers.

**Methodology.** 1<sup>st</sup> phase of the study: A literature search was carried out using updated databases (Science Direct, Pubmed) finding a total of 115 potentially valid articles. After an exhaustive analysis, 18 of them finally fulfilled the inclusion/exclusion criteria and the pertinent quality analyses.

2<sup>nd</sup> phase of the study: It consisted of conducting a total of 6 semi-structured interviews to humanitarian aid workers in addition to 3 questionnaires ( ProQol IV, TMMS-24, Burnout Maslach MBI) that complemented the information obtained in the interviews.

**Results.** Identification of health problems in the literature found (depression, anxiety, distress, insomnia, suicidal ideation, PTSD, STS), risk factors and protectors that agree with the data obtained in the interviews and questionnaires carried out (n=6). Creation of a new "*Holistic self-care guide for humanitarian aid workers*" as an intervention proposal to improve their physical, mental and social health.

**Conclusions.** "*CUIDA-T*" arises as a response to the issues found in the research. It aims to be an integrated tool in organizations that involves all its members and promotes the culture of care, achieving the "humanization of organizations".

**Keywords.** Humanitarian aid workers. Psychosocial support. Mental health. Self-care, resilience.

## **Abreviaturas**

**TEPT:** Trastorno estrés postraumático.

**AH:** Acción humanitaria.

**STS:** Estrés traumático secundario (secondary traumatic stress).

**PAP:** Primeros auxilios psicológicos.

**GF:** Grupo focal.

**MSF:** Médicos Sin Fronteras.

**MDM:** Médicos del Mundo.

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	Página 6
1.1. <i>Crisis del cuidado en la actualidad</i>	Página 6
1.2. <i>El autocuidado y su importancia en acción humanitaria</i>	Página 7
1.3. <i>Herramienta de autocuidado: Mindfulness</i>	Página 8
<b>2. Metodología</b>	Página 9
2.1. <i>Objetivos del estudio</i>	Página 10
2.2. <i>Revisión bibliográfica</i>	Página 11
2.3. <i>Entrevistas y cuestionarios</i>	Página 12
<b>3. Resultados: descripción y análisis</b>	Página 12
3.1. <i>Impacto en la salud</i>	Página 17
3.2. <i>Factores de riesgo</i>	Página 20
3.3. <i>Factores de protección</i>	Página 22
<b>4. Discusión</b>	Página 24
<b>5. “Guía de autocuidado holístico para profesionales de acción humanitaria”</b>	Página 27
5.1. <i>¿Qué es CUIDA-T?</i>	Página 28
5.2. <i>¿Cómo utilizar CUIDA-T?</i>	Página 36
<b>6. Conclusión</b>	Página 37
<b>7. Limitaciones</b>	Página 37
<b>8. Bibliografía</b>	Página 37
<b>9. Agradecimientos</b>	Página 40
<b>10. Anexos</b>	Página 41

## 1. Introducción

### 1.1. Crisis del cuidado en la actualidad

En nuestra sociedad predomina la falta de cuidados en todos los niveles. Esta afirmación no es una sorpresa para quién se haya parado a mirar a su alrededor, cambio climático, crisis humanitarias, desigualdad, hambruna, conflictos armados, etc. La pandemia de COVID-19 solo ha puesto en relieve la carencia del cuidado que se lleva gestando desde hace tiempo.

El modelo dominante de organización social es el de la competencia <sup>1</sup>. La sociedad genera individuos capaces de desenvolverse en un sistema que busca el beneficio en el mercado económico actual, cuyos objetivos muchas veces son contrapuestos a los de los individuos y por lo tanto, quedan lejos de cuidar a los sujetos que trabajan en él.

Nuestras instituciones, empresas y organizaciones no están humanizadas, con ello nos referimos a que no están adaptadas a los procesos naturales del ser humano. Todo el peso del cuidado recae en un deficitario sistema de salud que no cubre holísticamente las necesidades de los individuos, centrado en la intervención y no en la prevención. Convirtiéndonos en una sociedad dependiente de un sistema cada vez más precario. Podemos entender que si no existen organizaciones en las que está integrado el cuidado, las personas que forman parte de ella difícilmente practicarán un autocuidado efectivo.

Cuando nos referimos al cuidado, suele estar relacionado con lo íntimo -Hogar, personas dependientes, familia- o profesionales de la salud -médicos, enfermeros-. En el acto de cuidar están implicados aspectos como el soporte o la cobertura de necesidades, tanto físicas, psicológicas como sociales del ser humano. Los cuidados son también nuestra capacidad individual y colectiva de proporcionar las condiciones políticas, sociales, materiales y emocionales que permitan que la gran mayoría de las personas prosperen, junto con el propio planeta<sup>1</sup>. Presentando el autocuidado como una parte del cuidado en la sociedad.

## 1.2. *El autocuidado y su importancia en la acción humanitaria*

El ser humano posee una serie de necesidades que requieren ser cubiertas para su pleno funcionamiento y completo desarrollo de sus potencialidades. Necesidades físicas, psicológicas y sociales que se mueven en un equilibrio dentro del organismo y su entorno. El autocuidado es el conjunto de técnicas y actividades que aplica un sujeto para lograr el equilibrio y conseguir el bienestar.

En los últimos años se ha escuchado hablar de términos como la resiliencia, el bienestar y la superación personal, promovidas por la industria del “autocuidado”<sup>1</sup> con un enfoque más de consumo individual que como algo que beneficie a la sociedad en general.

El autocuidado va más allá de todo eso, las comunidades, sociedades, instituciones, organizaciones, etc. son creadas por individuos, es decir, todo comienza y acaba en el individuo, de ahí la importancia de promover esta herramienta proporcionando los conocimientos necesarios para empezar a integrarlo, por ejemplo, en profesiones que se dedican al cuidado directo de personas vulnerables como los profesionales de acción humanitaria (AH), plantando una semilla de cambio que pueda sentar las bases de una nueva sociedad en la que el cuidado sea el centro de la economía y el Estado<sup>1</sup>.

¿Porqué acción humanitaria? imagina el problema desarrollado anteriormente, unido a trabajar en un contexto cambiante con el que no estás familiarizado, diferente cultura, idioma, compañeros de equipo y continuos desafíos para tu supervivencia. O teniendo el conflicto dentro de tu propio país, con la continua amenaza no solo para tu supervivencia sino para la de todo tu entorno, en la que supondría una pérdida total de lo que rodea o conforma a la persona (familia, trabajo, hogar, etc). Teniendo de precedente la pandemia de COVID-19, nos podemos hacer a la idea de lo que conlleva trabajar y vivir bajo esas circunstancias, ya no sólo para la salud física sino también para la salud mental y social de la persona. La pandemia nos ha acercado el trabajo de la acción humanitaria a casa, mostrándonos en primera persona la vulnerabilidad del ser humano, dejando caer un pesado telón que ha expuesto los verdaderos pilares y motores de nuestra sociedad, pudiendo hacernos reflexionar acerca de la falta de cuidado existente.

Las consecuencias para la salud mental de los profesionales de acción humanitaria derivadas de la exposición durante largos periodos de tiempo a ambientes muy estresantes se ha correlacionado con la depresión, ansiedad, burnout, aumento de consumo de alcohol,

STS y TEPT <sup>2</sup>. Siendo los valores de estos síndromes más elevados en profesionales de AH (sanitarios y militares) que en la población general <sup>3</sup>.

¿Cómo podemos transformar esa falta de cuidado? Una solución sería el autocuidado holístico como herramienta que nos ayude a mantener nuestro equilibrio interno ante situaciones extremas, consiguiendo que el trabajo se pueda desempeñar desde un lugar de espacio en el que poder responder sin reaccionar de forma más efectiva, donde las emociones negativas y pensamientos intrusivos no afecten a la hora de tomar decisiones.

### 1.3. Herramienta de autocuidado: Mindfulness

¿Por qué el Mindfulness como base de autocuidado? El Mindfulness nos brinda muchas ventajas a la hora de mejorar la salud de los profesionales de AH en particular y de la población en general. Matthieu Ricard define la meditación como *“algo que refleja la naturaleza autocurativa del organismo humano y la capacidad de adiestramiento mental sistemático para optimizar el equilibrio dinámico de lo que, tanto a nivel cognitivo como emocional, somático, relacional y espiritual se entiende como salud”*, lo que en definitiva consigue el perfeccionamiento de las capacidades innatas de cada individuo.

Con la práctica de la meditación podemos llegar a mejorar considerablemente los niveles de ansiedad y estrés, mejorando la atención y consiguiendo un impacto positivo en nuestra salud mental. Los cambios cerebrales derivados de la práctica diaria de la meditación han sido contrastados y estudiados a día de hoy con suficiente evidencia científica <sup>4,5</sup> para poder dejarle un hueco en nuestras mentes occidentales. Muchas terapias de tercera generación ya ponen en el centro de su trabajo el Mindfulness, como es el caso de la psicología contemporánea.

Entendiendo todo lo mencionado con anterioridad, y gracias al impulso que el COVID-19 ha promovido en la investigación de este campo, existen muchos estudios que evalúan los efectos negativos que se producen en la salud mental de trabajadores del sector humanitario, entre otros, derivados de su labor profesional. Consiguiendo equilibrar una balanza donde la salud mental empieza a ocupar el puesto que le corresponde en cuanto a la salud global de los individuos.

Con este proyecto se busca realizar una actualización de la información disponible referente a la salud mental y el autocuidado. Con la finalidad de crear una herramienta de



salud integral útil y sencilla para el autocuidado holístico de estos profesionales, con la posibilidad de aplicación a otros colectivos.

## 2. Metodología

### 2.1. Objetivos del estudio

Objetivo general

- Contribuir a la mejora de la salud integral de los profesionales de acción humanitaria.

Objetivos específicos

- Identificar principales problemas de salud mental en profesionales de acción humanitaria.
- Crear una herramienta o guía de autocuidado holístico para profesionales de acción humanitaria.

### 2.2. Revisión bibliográfica

#### 2.2.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica usando los siguientes descriptores obtenidos a través de los tesauros “MeSH” y “DeCS” recogidos en la siguiente tabla:

**Tabla 1.** Descriptores y palabras clave. Fuente: Elaboración propia.

DeCS	MeSH
Trabajador acción humanitaria	Humanitarian Aid workers
Salud mental	Mental health
Autocuidado	Self-care
Resiliencia	Resilience
Apoyo psicosocial	Psychosocial support
<b>Palabra Clave</b>	Resiliencia/Salud Mental

Las bases de datos actualizadas que han sido utilizadas son: Sciencedirect y PubMed, utilizando los siguientes descriptores y el operador Booleano “AND” con las siguientes combinaciones:

1. “Humanitarian Aid workers” AND “Mental Health”.
2. “Humanitarian Aid workers” AND “Psychological support”.
3. “Trabajadores de acción humanitaria” AND “Resiliencia”.
4. “Trabajadores de acción humanitaria” AND “Salud Mental”.
5. “Trabajadores de acción humanitaria” AND “Apoyo psicosocial”.

### 2.2.2. Selección de estudios

De los artículos que fueron encontrados con la búsqueda bibliográfica sólo fueron aceptados los que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión de artículos:
  - Marco temporal: 1/01/2019-30/03/2022.
  - Población diana: Profesionales de acción humanitaria y profesionales sanitarios que hayan trabajado durante la pandemia COVID-19.
  - Idiomas: Español/inglés.
  - Tipo de estudio: Todo tipo de diseños (cualitativos, cuantitativos y mixtos).
  - Acceso: libre y gratuito.
  - Texto: artículos a texto completo.
- Criterios de exclusión:
  - Acceso: que no sea libre ni gratuito.
  - Texto: artículos que no estén a texto completo.
  - Marco temporal: que no esté en el intervalo 1/01/ 2019-30/03/ 2022.

### 2.3. Entrevistas

Se realizaron un total de 6 entrevistas en profundidad semiestructuradas (IDIs) a profesionales de acción humanitaria seleccionados de acuerdo con los criterios de la investigación con al menos una experiencia en terreno. Todas las entrevistas se realizaron de manera online mediante la plataforma TEAMS y con una duración mínima de 30 min y sin límite máximo para la realización, donde fueron grabadas en formato de audio para su posterior transcripción y análisis.

La entrevista se realizó posterior a una introducción y descripción personal. Las preguntas fueron establecidas en cuatro bloques (anexo 4):

- Motivación laboral.
- Satisfacción personal/ Ocio y tiempo libre.
- Impacto/expectativas laborales.
- Gestión emocional/autocuidado.

El objetivo de la realización de las entrevistas fue la identificación de principales problemas de salud mental percibidos (diagnóstico situacional), estableciendo así, una priorización de necesidades para la elaboración de la herramienta de autocuidado.

Una vez finalizadas las entrevistas, se facilitó a los participantes una serie de cuestionarios para complementar la información obtenida, enviados vía correo electrónico. Los cuestionarios realizados se adaptaron al trabajo de acción humanitaria y a un lenguaje inclusivo (anexo 1,2,3). Los cuestionarios fueron los siguientes:

- **ProQOL-vIV:** Escalas de satisfacción por compasión y fatiga por compasión. Esta escala presenta 30 preguntas con respuestas tipo Likert (0-nunca, 5-siempre), y se subdivide en 3 subescalas: Satisfacción por compasión/ Burnout/Fatiga por compasión o estrés traumático secundario <sup>6</sup>.
- **TMMS-24 :** La TMMS-24 está basada en el Trait-Meta Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación Salovey y Mayer <sup>7</sup>. Mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.
- **Burnout:** Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout <sup>8</sup>.

Durante la recogida y tratamiento de los datos obtenidos se han mantenido en todo momento los estándares éticos preestablecidos en la investigación siendo requerido un consentimiento informado firmado y cumplimentado por todos los participantes (anexo 5).

### 3. Resultados: descripción y análisis

El personal seleccionado durante la investigación trabajaba en diferentes organizaciones del sector humanitario, incluyendo Médicos del Mundo (MDM), Médicos sin Fronteras (MSF) y Coordinadora ONGD. En la siguiente tabla se puede ver reflejado el perfil de los encuestados con una edad media >40 años, 50% son mujeres y el otro 50% hombres. Con un mínimo de experiencia en el sector humanitario >10 años. La totalidad de la muestra posee formación universitaria donde el ámbito social conforma el 60%, el 30% corresponde al ámbito del arte y el 10% al sanitario. El 50% refiere tener personas a cargo y el 100% confirma tener una red de apoyo social con la que se sienten satisfechos. El puesto de trabajo corresponde con cargos directivos para el 30% de los participantes, el 60% en puestos de coordinación y solo el 10% pertenece a puesto de técnico.

**Tabla 2.** Perfil entrevistados. Fuente: Elaboración propia.

Edad	Sexo	Formación	Experiencia en AH*	Personas a cargo	Apoyo emocional	Puesto
41	M	Universitaria arte	11 años	No	Si	Coordinación
49	H	Universitaria social	12 años	No	Si	Directivo
58	H	Universitaria sanidad	21 años	Si	Si	Coordinación
55	M	Universitaria social	15 años	No	Si	Coordinación
56	M	Universitaria social	20 años	Si	Si	Directivo
59	H	Universitaria arte	15 años	Si	Si	Técnico

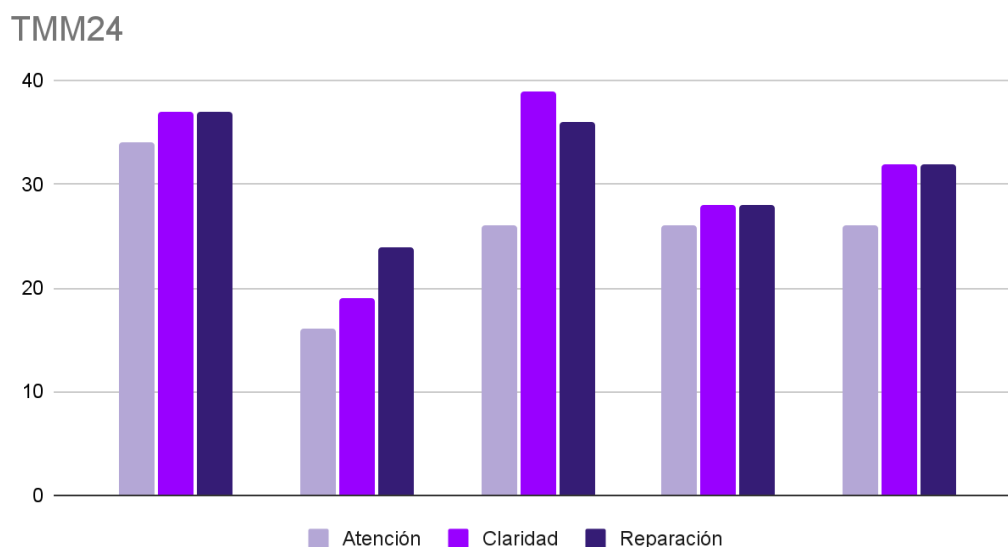
\*AH: Acción humanitaria; \*M: Mujer; \*H: hombre.

La elección de los cuestionarios mencionados en el apartado anterior se obtuvo para conseguir un análisis más exhaustivo de la situación de salud basal del grupo poblacional seleccionado. De los cuestionarios completados fueron aceptados 5 de los 6 participantes, y

en el cuestionario ProQOI-vIV solo fueron aceptados 4 cuestionarios de los 6 enviados por error en la recepción o cumplimentación de los mismos.

**Gráfico 1.** Resultados del cuestionario Trait-Meta-Mood Scale (TMM 24) adaptado.

Fuente: Elaboración propia.

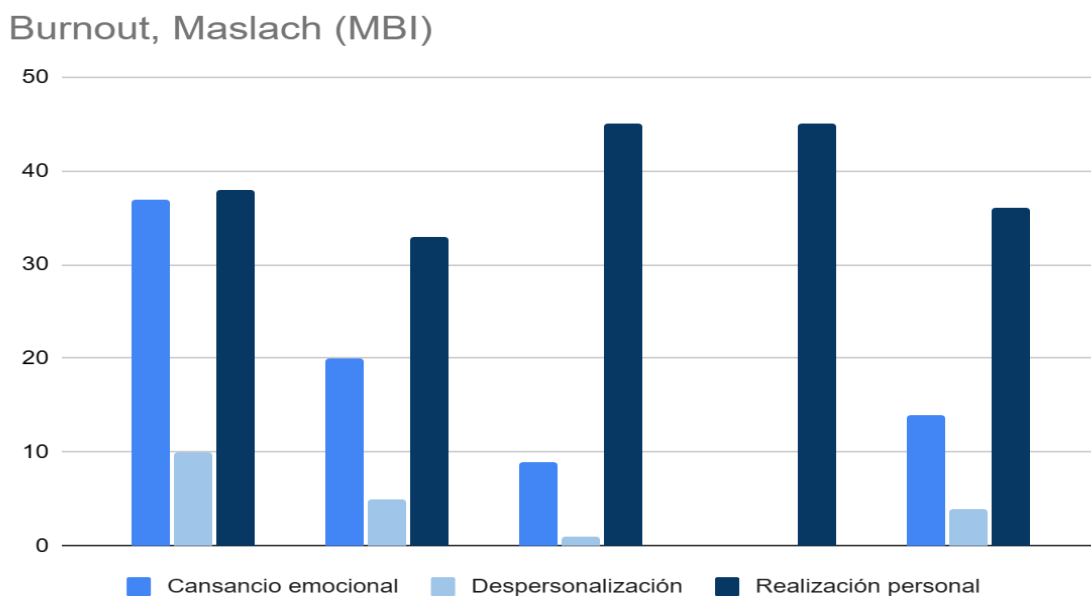


En la gráfica 1 podemos observar los resultados del cuestionario TMM-24<sup>5</sup> para la inteligencia emocional ofreciéndonos resultados en atención, claridad y reparación de los participantes. Los datos más elevados están relacionados con la reparación (>20), seguidos de claridad (>15) y atención (>10). Es importante señalar que para este cuestionario los valores entre hombres y mujeres difieren. Las dos primeras columnas pertenecen a participantes femeninas en el valor atención la puntuación es de 25-35, pudiendo observarse que en una de las participantes su puntuación es <25. En claridad (24-34) la segunda participante obtuvo puntuaciones <24 lo que señala una claridad (comprensión) que necesita mejorar y en los valores de reparación (24-34) ambas participantes obtienen >24 puntos en la escala. En el caso de los hombres todos superan la media de 22 para todas las áreas.

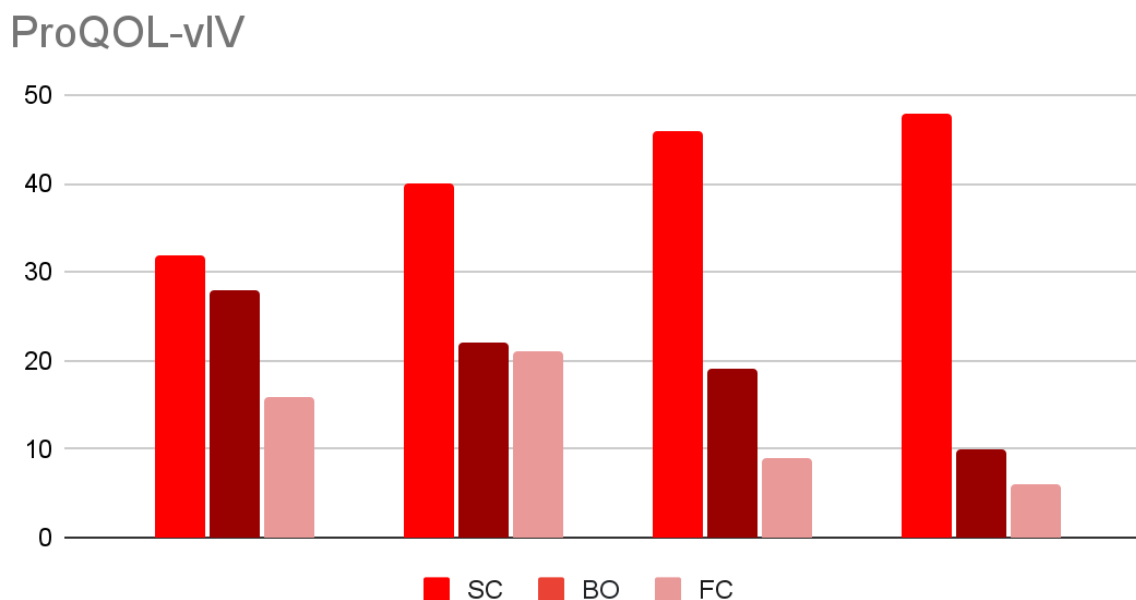
A continuación, en la gráfica 2 podemos visualizar los resultados en el cuestionario de Burnout, Maslach (MBI)<sup>6</sup>, donde la realización personal es el parámetro más elevado en todos los participantes. Con respecto al cansancio emocional solo 3 de los participantes mostraban puntuaciones destacables siendo solo uno de los casos (>37). Las puntuaciones

más bajas estaban relacionadas con el área de despersonalización puntuando por debajo de los 10 puntos, siendo solo un caso con puntuación igual a 10.

**Gráfico 2.** Resultados Burnout, Maslach (MBI) adaptado. Fuente: Elaboración propia.



**Gráfico 3.** Resultados del cuestionario ProQOL-vIV adaptado. Fuente: Elaboración propia.



En el último cuestionario ProQOL-vIV (Gráfico 3) quedan reflejados los resultados para la fatiga y satisfacción por compasión. Donde los valores en satisfacción por compasión

se consiguieron las puntuaciones más elevadas para todos los participantes (>30) en relación con los demás ítems estudiados. En el caso de la fatiga por compasión evaluada se pueden observar puntuaciones entre 5-21. Los datos obtenidos por Burnout en este cuestionario han sido analizados en el cuestionario específico de Burnout, Maslach (MBI). Una vez analizados los resultados de los cuestionarios se contactó vía email con los participantes cuyos resultados fueron elevados, informando de los valores obtenidos y su significado orientativo (no diagnóstico). Dejando una línea de comunicación abierta para seguimiento o aportación de nuevos recursos en la materia de estudio.

Durante la revisión bibliográfica se encontraron un total de 115 artículos en las bases de datos actualizadas (Pubmed y ScienceDirect) seleccionadas. De los 115 artículos fueron aceptados un total de 18 los cuales reunían los criterios de inclusión y exclusión dispuestos en la investigación junto con los criterios de calidad.. (Ver tabla 3). Posteriormente se llevó a cabo un análisis de los 18 artículos seleccionados elaborando una tabla para su síntesis. (Ver tabla 4).

**Tabla 3.** Artículos encontrados en la revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Bases de datos	Total artículos	Aceptados	Rechazados
ScienceDirect	63	2	61
PubMed	52	16	36
<b>Total</b>	115	<b><u>18</u></b>	94

**Tabla 4.** Síntesis de artículos revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

<b>Autor/año</b>	<b>País</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>	<b>Resultados</b>
Jachens, Liza et al <sup>2</sup> /2019.	Suiza	RRR	Trabajadores AH	Humanitario	Riesgos psicosociales, reflexión en salud mental e intervenciones.
De Jong, K et al <sup>9</sup> /2021.	Países Bajos	Cohorte	Trabajadores AH (n=609)	Humanitario MSF*	Ansiedad, depresión, TEPT, uso de alcohol.
Rizcalla, Niveen et al <sup>10</sup> /2019.	EE. UU.	Transversal	Trabajadores AH (n=317)	CR* refugiados Sirios, Jordania	Efectos del trauma en la salud física y mental.
Elnakib, Shatha et al <sup>11</sup> /2021.	EE. UU.	Cualitativo	Profesionales sanitarios (n=43; 6GF*)	Conflicto Yemen	Impacto del conflicto en las vidas de trabajadores .
Haverkamp, Frederik, J et al <sup>12</sup> /2022.	Países Bajos	Longitudinal	Profesionales sanitarios ICRC* (n=114)	Humanitario	Sensación de preparación pre y post misión en terreno.
Kone, Ahoua et al <sup>3</sup> /2022.	EEUU	Transversal	Profesionales sanitarios (n=26.114)	COVID-19	Relación factores de riesgo e impacto en la salud mental sanitarios.
Hu, Deying et al <sup>13</sup> /2020.	China	Transversal, descriptivo correlacional	Enfermeras (n=2.014)	COVID-19	Retos para la salud mental Burnout, ansiedad, depresión y miedo.
Corey, Julia et al <sup>14</sup> /2021.	Suiza	RRR	Trabajadores AH	Humanitario Intervención	GPAP como estrategia de apoyo al personal humanitario.
Ghodsi, Hasan et al <sup>15</sup> /2019.	Irán	Cualitativo/ Cuantitativo	Trabajadores AH (n=18)	Humanitario Intervención	Herramienta medición de la resiliencia.
De Brier, Niels et al <sup>16</sup> /2020.	Nueva Zelanda	RRR	Profesionales sanitarios	COVID-19	Factores de riesgo y factores de protección.
Priede, Amador et al <sup>17</sup> /2021	España	Descriptivo	Hospitales españoles (n=36)	Programas, intervención COVID-19	Grupos de intervención. Mindfulness y psicoeducación.



**Tabla 4.** Síntesis de artículos revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

<i>Autor/año</i>	<i>País</i>	<i>Diseño</i>	<i>Participantes</i>	<i>Contexto</i>	<i>Resultados</i>
Behnke, Alexander et al <sup>18</sup> /2019.	Alemania	Transversal, cohorte	ERE* (n=102)	Emergencias	Sentido de coherencia como factor protector.
Alonso, Jordi et al <sup>19</sup> /2021.	España	Descriptivo	Profesionales sanitarios	COVID-19	1 de cada 7 sanitarios reportó problemas de salud mental.
Urzúa, Alfonso et al <sup>20</sup> /2020.	Chile	Descriptivo, correlacional	Profesionales sanitarios (n=125)	COVID-19	Ansiedad, depresión, distrés, insomnio identificados.
Erquicia, Juan et al <sup>21</sup> /2020.	España	Transversal	Profesionales sanitarios (n=395)	COVID-19	Impacto emocional en los sanitarios.
Zerach, Gadi et al <sup>22</sup> /2021.	Israel	Transversal	Profesionales sanitarios (n=296)	COVID-19	Daño moral, autocrítica y autocompasión.
Alvarado, Rubén et al <sup>23</sup> /2021.	Chile	Transversal	Profesionales sanitarios (n=1934)	COVID-19	Depresión, distrés, ideación suicida.
Restrepo Martínez, Miguel et al <sup>24</sup> /2021.	Colombia	Observacional Descriptivo transversal	Profesionales sanitarios (n=1247)	COVID-19	Ansiedad y depresión alta incidencia.

\*RRR: Revisión sistemática; \*GF: grupo focal; \*ICRC: Comité internacional de la cruz roja;

\*ERE: equipos de rescate en emergencias; \*CR: campo de refugiados; \*MSF: Médicos Sin Fronteras.

### 3.1. Impacto en la salud mental

En las entrevistas realizadas todos los encuestados reconocen haber sufrido problemas de salud mental derivados de su trabajo. La experiencia laboral, y en algunos casos la psicoterapia les han ayudado a sobrellevar ese impacto. María “ desde el principio sentía que tenía las herramientas psicológicas necesarias para afrontar las exigencias del

*trabajo, pero siempre te traes situaciones que vives en terreno”*. La dificultad para desconectar junto con las exigencias propias del trabajo, hacen la salud mental un área vulnerable para estos profesionales. Pedro *“El terreno te confunde, hay mucha carga de trabajo, siento que hay mucha presión por estar bien y que un valor en la AH es el aguantar, siendo a veces una liberación el despido laboral”*. Susana comenta una experiencia en la que fue consciente de que hubo burnout en personas de su equipo durante un proyecto muy exigente *“Me sentí frustrada e incapaz de gestionarlo de otra forma”*. Pedro en otra reflexión comenta que *“No siente que su preparación personal haya sido suficiente”* reconociendo la falta de recursos personales al enfrentarse a ciertas situaciones en su trabajo. Otra respuesta fue la ansiedad anticipatoria justo antes de las emergencias, reacción experimentada por algunos de los encuestados. No tener o creer que no se tienen recursos suficientes para afrontar las situaciones de tu entorno laboral, puede ocasionar los sentimientos experimentados por los participantes. Otro estudio que midió la percepción de preparación pre y post misiones en terreno <sup>12</sup>, concluyó la necesidad de formación individualizada para enfrentar el estrés y los problemas de salud mental derivados de los contextos hostiles donde se desarrolla la AH.

Los resultados de las entrevistas arrojan datos que subrayan las conclusiones obtenidas en gran parte de los trabajos previos, como es el caso de la investigación realizada en trabajadores humanitarios (n=317)<sup>10</sup> de diferentes organizaciones internacionales, nacionales y locales con refugiados Sirios en Jordania, se encontró que la exposición al trauma afecta directamente en la intimidad, bienestar y en la aparición de síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los trabajadores. Viéndose reflejados en todas las áreas que engloban la salud del ser humano, como problemas de salud físicos desde la fatiga y el insomnio hasta estrés traumático secundario relacionado con agresiones sexuales derivando en una disminución de la intimidad y sexualidad de la persona. Alteraciones en hábitos alimenticios o sentirse aislado se consideran predictores de problemas de salud mental con una fuerte asociación <sup>3</sup>. Este estudio es comparable al realizado en el personal sanitario Yemeni, con hallazgos compatibles en cómo el contexto afecta a las vidas de los actores humanitarios al ser expuestos de manera directa o indirecta al conflicto, violencia e inseguridad <sup>11</sup>.

Otro dato que muestra la literatura científica en un estudio de MSF donde se evaluó la salud física y mental de los trabajadores durante misiones de corta duración, observó que

la mayoría de los actores humanitarios reportaban un consumo de alcohol superior (12%) al de la media global (4%) en la escala de prevalencia para el uso de alcohol (AUD) 12-meses <sup>9</sup>.

Las situaciones derivadas de crisis y emergencias generadas en contextos humanitarios hacen que el personal habitualmente esté expuesto a eventos moralmente desafiantes que pueden dañar su integridad, generando un daño moral. En un estudio realizado en Israel <sup>22</sup> se analizó el daño moral y la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia COVID-19 concluyendo que el 55,4% se sintió traicionado por sus superiores en algún momento, siendo el indicador más elevado de daño moral en el personal. Otro dato interesante de este estudio correlaciona los resultados de daño moral, con el sentimiento inherente de traición relacionado a emergencias y crisis, cuando personas que se encuentran en primera línea carecen de líderes claramente responsables.

Estos resultados concuerdan también con las observaciones realizadas en la población sanitaria durante la pandemia de COVID-19 de Colombia <sup>24</sup>, China <sup>13</sup>, Chile <sup>20,23</sup>, España <sup>19,21</sup> y Estados Unidos <sup>3</sup>. Donde el personal presentaba sintomatología de ansiedad, distrés, depresión e insomnio de importancia clínica. En Estados Unidos el 66,2% de los trabajadores sanitarios reportaron burnout y menos de un cuarto de ellos planeaba permanecer en su puesto de trabajo durante la pandemia de COVID-19, reportando también sensación de aislamiento y desconexión con sus seres queridos e ideación suicida <sup>3</sup>.

**Tabla 5.** Principales problemas de salud identificados. Fuente: Elaboración propia.

<i>IMPACTO EN LA SALUD</i>		
<i>Físicos</i>	<i>Psicológicos</i>	<i>Sociales</i>
Dolor físico (Muscular, articular, visceral)	<i>Ansiedad/Depresión</i>	Aislamiento/ soledad
Problemas respiratorios	<i>Distrés/Burnout</i>	<Intimidad/sexualidad
Alteraciones piel	<i>TEPT*/STS*</i>	Desconexión social
Fatiga/insomnio	Ideación suicida	>Consumo alcohol
Alteraciones intestinales	Daño moral	

\*TEPT: trastorno estrés postraumático; \*STS: estrés traumático secundario.

### 3.1.1. Factores de riesgo.

Son circunstancias, situaciones o características que aumentan las probabilidades de sufrir problemas de salud física, mental y/ o social. (Ver tabla 5).

**Tabla 6.** Principales factores de riesgo identificados. Fuente: Elaboración propia.

FACTORES DE RIESGO	
<i>Internos</i>	<i>Externos</i>
Género	Estresores organizacionales
Edad < 25 años	Complejidad de la crisis
Historia previa de salud mental	Experiencias traumáticas
Falta de preparación para el trabajo	Códigos de conducta
Falta de recursos psicológicos	Clima /cultura

#### 3.1.1.1. Internos

Los factores de riesgo internos son aquellos inherentes a la persona, tales como la edad o el sexo. En 5 de los artículos aceptados para la investigación se hace referencia al **género femenino** como factor de riesgo para sufrir problemas de salud mental.

Los hallazgos obtenidos en diferentes estudios concluyeron que existe un mayor grado de problemas de salud mental en las mujeres<sup>20</sup>. Encontrándose también una mayor prevalencia de mujeres que reportan agresiones sexuales y ser objeto de estigmatización<sup>9,23</sup>. También se consideran en su mayoría las principales cuidadoras dentro del hogar, lo que podría estar adicionando otro estresor para su salud mental.

Las mujeres señalan con mayor frecuencia problemas en la comunicación dentro del equipo o proyecto en el que trabajan<sup>9</sup>. Una de las encuestadas refirió que ser mujer y estar a cargo de un equipo en el que los hombres están bajo su mando muchas veces conlleva problemas en la gestión, comunicación y organización del proyecto. Estas diferencias no sólo se pueden ver en los estilos comunicativos, sino también a la hora de la identificación emocional. La mayoría de los encuestados refirió saber identificar sus emociones a nivel físico o mental, como en el caso de María “*Procuro escucharme a mí misma*”, en cambio, en el caso de Pedro afirma “*se identificar mis emociones, pero las reprimo*” pudiendo imposibilitar la identificación de una necesidad que debe ser atendida.

Otro de los factores de riesgo interno sería la **edad** de los profesionales, siendo el personal humanitario más joven (expatriados y nacionales) los que poseen un mayor riesgo de psicomorbilidad y burnout que sus compañeros más experimentados <sup>14,21</sup>, independientemente de los años de experiencia en el sector humanitario. “*La experiencia hace que sepas a lo que te enfrentas*” continúa Manuel, haciendo referencia a que la exposición a las situaciones y contextos laborales difíciles hace que se desarrollen estrategias innatas que ayudan a enfrentar las situaciones a las que se sobrevive.

Otro resultado que arroja la literatura, apunta a que el personal con **antecedentes en salud mental** es considerado un grupo de riesgo de sufrir psicomorbilidad <sup>19</sup>.

### 3.1.1.2. Externos

Los **estresores organizacionales** como la frecuencia de las misiones, conflictos laborales, falta de apoyo de la organización, percibir falta de equidad en el trabajo, elevada carga de trabajo, han sido directamente identificadas en estudios realizados a personal de AH <sup>9</sup>. Donde se detectaron 6 dimensiones: condiciones del terreno (clima 17%), factores culturales (no clara comunicación en el proyecto 16%), equipo, código de conducta y experimentar experiencias traumáticas.

En nuestro estudio la totalidad de los encuestados describe diferencias entre sus expectativas y la realidad del trabajo en el sector humanitario al comienzo, “*Al principio sí me costó, mi expectativa era diferente a la realidad que encontré*” Eduardo. En el caso de Julia comenta “*Empecé con una ONG pequeña en la que la falta de recursos y de organización se reflejó en la falta de información y de comunicación*”. Llegando a sentirse “solos” y sin respaldo por parte de su organización siendo un factor de riesgo determinante identificado en la mayoría de los artículos analizados.

El trabajo en acción humanitaria ha ido cambiando a lo largo de los años, “*Los contextos han cambiado, se han vuelto más complejos*” comenta Manuel, con un mayor número de variables a tener en cuenta para abordar los diferentes proyectos, lo que puede conllevar a un incremento en las exigencias de salud mental de los trabajadores.

### 3.1.2. Factores de protección

Los factores de protección al contrario que los factores de riesgo, son características, circunstancias o situaciones que han demostrado mitigar o reducir el impacto negativo en la salud de los trabajadores (Ver tabla 6).

**Tabla 6.** Factores de protección. Fuente: Elaboración propia.

FACTORES DE PROTECCIÓN	
<b>Internos</b>	<b>Externos</b>
Motivación laboral	Apoyo organización
Sentido coherencia	Red de apoyo social
Autoeficacia	Ocio y tiempo libre
Autodiferenciación	Psicoterapia
Autocuidado	Prevención
Creencia religiosa	Formación específica

#### 3.1.2.1. Internos

No todo tiene un impacto negativo para los trabajadores de AH, encontrar sentido en tu trabajo, **sentido de coherencia**, con lo que se hace y los valores personales, parece ser un posible factor de protección para la salud mental frente a la exposición al trauma, pudiendo contribuir al aumento de la resiliencia de los profesionales <sup>17</sup>. Para María trabajar en el sector humanitario significa “Vivir de acuerdo a una coherencia en su forma de vida y lo que quiere para el mundo” y en el caso de Manuel “Es difícil encontrar un trabajo que tenga sentido como la acción humanitaria, me siento privilegiado de poder dedicarme a ello”.

Otro factor de protección que encontramos es la **motivación laboral**. La mayoría de los encuestados demostraron una alta motivación relacionada con su trabajo, la cual no había disminuido a lo largo de los años de experiencia profesional. Movidos por el cambio social, la lucha contra la injusticia y la posibilidad de realizar un servicio a la comunidad.

Pedro se sincera diciendo que “los proyectos que se dan en el sector humanitario son complejos y con muchos retos, parte de esta complejidad y el hecho de superar muchos problemas que desconoces te sacan de la rutina” eso mantiene su interés en el trabajo el

cual comenzó como la totalidad de los encuestados, desde el trabajo voluntario en diferentes organizaciones. Los 6 encuestados llevan dedicando gran parte de su vida al sector humanitario, donde comenzaron como voluntarios a nivel local. Este hecho refleja una motivación intrínseca que va más allá de los beneficios externos derivados del trabajo como el salario. Muchos de ellos han compatibilizado o trabajado en otros sectores decantándose finalmente por el sector humanitario, como en el caso de Julia *“Mi motivación viene de mi trabajo personal, comencé por trabajos voluntarios dándome cuenta de que era lo que quería y decidí dedicarme profesionalmente a ello”*. Susana comenta *“ soy proclive a trabajar e implicarme en las injusticias, mejorar y cambiar las cosas. Me tocó la vena de la cooperación como me podía haber tocado otro mundo, pero siempre con la mirada de servicio a la comunidad”*.

La **autodiferenciación**<sup>10</sup>, la **autoeficacia** y la **creencia religiosa**<sup>11</sup> también han demostrado tener un papel fundamental para la protección de la salud mental de profesionales expuestos a experiencias traumáticas repetidas, relacionándose de manera directa con un aumento en la resiliencia.

### 3.1.2.2. Externos

El **ocio y tiempo libre** es otro de los pilares esenciales para una buena salud integral. La mayoría de los participantes coinciden en la dificultad de conciliar lo profesional con la vida personal en este trabajo. María reconoce que *“Ahora sí disfruto de mi ocio pero me ha costado tiempo”*. Julia reconoce que debido a este trabajo existe *“ Complejidad en tu vida personal. Es muy difícil separarlo del trabajo, adaptas el ocio y no hay mucho tiempo”*.

Todos coinciden en que es difícil encontrar tiempo libre para realizar actividades de ocio pero a la vez las consideran fundamentales. En el caso de Susana con el paso del tiempo ha conseguido incorporar sin darse cuenta sus aficiones *“El pasar tiempo con los amigos, la familia y viajar está integrado en mi vida”*. Los 6 encuestados dedicaban o dedican parte de su tiempo libre a programas de voluntariado. Ese quizá puede ser un problema como el que María apunta *“Meter todos los huevos en la misma cesta”* lo cual se puede considerar factor protector o factor de riesgo dependiendo del contexto.

La realización de actividades de **autocuidado** como la meditación para algunos de los participantes ya forma parte de su rutina diaria, otros en cambio, reconocen que la han practicado pero no la tienen como rutina. Espacios de desconexión, escribir, actividad física,

contacto con su red de apoyo, actividades al aire libre, naturaleza y viajar son algunos de los ejemplos que los participantes reconocen como ayuda para el cuidado de su salud.

Otros estudios se han llevado a cabo para valorar la efectividad de otras herramientas de autocuidado como es el caso de los primeros auxilios psicológicos (PAP), demostrando ser más efectivo y tener menos consecuencias negativas que los debriefings<sup>14</sup>, la creación de escalas para la valoración de la resiliencia de los individuos<sup>15</sup>, programas grupales de intervención en psicoterapia, Mindfulness presenciales y online<sup>17</sup>, donde sigue siendo necesaria más investigación para su implementación, evaluación y seguimiento.

**Red de apoyo.** Se considera el factor protector clave para la salud de los profesionales, donde un buen apoyo social es capaz de mitigar los síntomas de la ansiedad<sup>3</sup>. El vínculo de seguridad física y emocional que nos proporciona la red de apoyo es fundamental para la integración de situaciones difíciles. Todos los encuestados refieren tener una red de apoyo bastante amplia aunque muchas veces dispersa, pero con la que se sienten satisfechos.

#### 4. Discusión

En el escenario en el que los profesionales de la acción humanitaria desarrollan su labor profesional están implicadas una serie de variables de la propia profesión, la cual comparten con sanitarios, equipos de emergencias, etc. El objetivo inicial de este estudio partió de la identificación de problemas de salud mental en estos colectivos, pero los hallazgos obtenidos una vez unificadas las 3 fases de la investigación mostró suficiente literatura científica que sostiene que la exposición continuada al trauma, contextos hostiles y sufrimiento humano tiene una fuerte asociación con problemas de salud mental, físicos y sociales.

Algunos estudios como el realizado por MSF<sup>9</sup> con la intención de reducir sesgos identificados en otras investigaciones, agregaron a las encuestas realizadas pre y post despliegue en terreno, entrevistas clínicas llevadas a cabo por profesionales de la salud mental, deduciendo que los efectos producidos en la salud de los trabajadores por las misiones en terreno estaban a veces sobrevalorados, resaltando resultados a nivel emocional (cansancio emocional, pérdida de vitalidad y funcionamiento social) las cuales mejoraron en los meses siguientes. Hay que subrayar que las misiones fueron de corta



duración (<1 año) pudiendo considerarse como un factor protector, y el seguimiento post-exposición fue de 2 meses, no valorándose los posibles efectos a largo plazo.

El contexto de la acción humanitaria contiene una alta cantidad de estresores, el ser humano necesita responder ante dichos estresores y demandas, no es de extrañar que en la literatura encontrada el distrés, ansiedad, depresión hayan sido los más estudiados describiendo las mayores asociaciones con respecto a la psicomorbilidad. La problemática aparece cuando la sobreactivación que ocasionan estas respuestas permanece incluso después de que la amenaza haya desaparecido pudiendo llevar a los trabajadores a adoptar estrategias de afrontamiento no adaptativas como es el caso del consumo de alcohol <sup>9</sup>, alteración de los hábitos alimenticios, aislamiento <sup>3</sup>, etc. que mostraron ser buenos predictores de problemas de salud mental en los individuos. Otra posible explicación en relación al consumo de alcohol podría estar relacionada con la necesidad de socializar, en muchas culturas y países el alcohol forma parte de las celebraciones y es considerado una manera de socializar, lo que podría estar indicando ser no solo una estrategia para sobrellevar el malestar emocional, sino también para facilitar la integración en el grupo.

De alguna manera la exposición a esos contextos despierta herramientas innatas de los individuos, favoreciendo la resiliencia. El acompañamiento es de vital importancia en esta etapa del proceso para evitar que se desarrollen problemas psicopatológicos y se adopten estrategias desadaptativas. La exposición al trauma puede desencadenar sentimientos de aislamiento para los individuos afectados <sup>14</sup>. El aislamiento, la sensación de soledad y sentir la desconexión <sup>3</sup> con los otros fue un factor de riesgo identificado en los resultados de la investigación, que aumentaba el riesgo de sufrir problemas de salud mental. La red de apoyo es un pilar fundamental para la salud y el bienestar del ser humano. Demostrando que el contacto con los otros, sentirse comprendido e integrado con la necesidad de pertenencia cubierta, mitiga los efectos ocasionados por la ansiedad y la depresión, ayudando a integrar las situaciones difíciles en un entorno seguro.

Otro dato interesante de la investigación ha sido el género femenino como factor de riesgo. Los resultados que apuntan a prevalencias más elevadas en problemas de salud mental, nos puede estar indicando un problema a nivel social y cultural, donde existen diferencias aprendidas en la manera de interiorizar y manifestar las emociones, constituyendo el género un determinante estructural de salud. Estas diferencias entre hombres y mujeres llevan en muchas ocasiones a problemas en la resolución de conflictos

dentro de los equipos. Esta diferencia estructural podría también estar afectando negativamente al género masculino, presentando una dificultad añadida en la identificación y expresión de emociones, no muy relacionada con el rol masculino imperante, pudiendo llegar a ser una explicación a que los hombres solicitan menos ayuda y servicios de salud mental cuando lo necesitan <sup>23</sup>.

Todo esto unido a la pertenencia a un grupo poblacional encargado del cuidado de otros, puede ofrecer cierta explicación a la evidencia actual, donde los profesionales de la salud y del sector humanitario acuden menos a pedir ayuda psicológica o asesoramiento debido a los posibles prejuicios y discriminación <sup>20</sup> lo que ocasiona barreras en el cuidado <sup>9</sup>.

Pero realmente, el dato que más han compartido los estudios y las entrevistas realizadas, han sido los estresores organizacionales como factor determinante en la salud física, mental y social de los trabajadores. Siendo necesario centrar el foco de las intervenciones en esta área, dato que concluyen la mayoría de los estudios aceptados <sup>2,17</sup>.

Más allá de los efectos adversos a nivel individual, las consecuencias de una salud negativa en los trabajadores pone en riesgo la eficacia y la calidad de las intervenciones humanitarias <sup>14</sup>, por lo que, la salud y el cuidado deben de ser una prioridad para las organizaciones.

Durante las entrevistas se preguntó a los participantes qué **mejoras para las organizaciones** consideraban importantes desde su punto de vista y experiencia, resultado las siguientes a tener en cuenta:

- Proceso selectivo del personal más exhaustivo y con perfiles concretos para el desarrollo del trabajo en AH.
- Foco en la prevención de problemas de salud antes que en la intervención.
- Incluir todo el personal de la organización, local, internacional y sede central.
- *“Humanización de la organización”* con protocolos de integración *“Debe existir flexibilidad y entendimiento por parte de la organización, no somos máquinas”* comenta Susana y añade que la adaptación a un modelo de cuidado no repercute en la productividad.
- Formación en autocuidado para integrar herramientas. (Ver tabla 5).
- Formación en convivencia y códigos culturales que ayuden a la adaptación a los países de destino para personal expatriado, siendo interesante aplicarlo también para el personal nacional que recibe al expatriado.

- Para el personal que está trabajando en terreno intentar facilitar un espacio físico de intimidad para favorecer la desconexión. Reconocen que no siempre es posible y que todo depende bastante del proyecto y el contexto en el que se encuentren.

**Tabla 7** .Resultados entrevistas. Habilidades para trabajar en AH. Fuente: Elaboración propia.

Habilidades de comunicación. Asertividad.	Capacidad adaptativa.	Dinámica de equipo.	Resolución de conflictos.
Flexibilidad mental.	Empatía y capacidad de observación.		Autoprotección. Poner límites.

A continuación se presenta la “Guía de autocuidado holístico para profesionales de acción humanitaria”, como respuesta a la problemática encontrada en la literatura actual. Una guía que ayude a hacer conscientes herramientas innatas de los individuos, proporcionando nuevas y facilitando su integración.

## **5. Guía de autocuidado para profesionales de acción humanitaria. CUIDA-T.**

Esta herramienta engloba el bienestar psicológico, social y físico de los individuos, lo que finalmente determina cómo manejar el estrés, la forma de relacionarse con los demás y la toma de decisiones de vital importancia en los contextos en los que los profesionales del sector humanitario se desenvuelven.

### **1.1. ¿Qué es “CUIDA-T”?**

“CUIDA-T” es una herramienta útil y sencilla de autocuidado holístico, en la cual, una persona puede valorar el estado de su salud integral dependiendo de las necesidades no cubiertas. “CUIDA-T” va acompañado de formaciones y seguimiento para los profesionales de acción humanitaria pudiendo ampliarse a otros sectores debido a su gran versatilidad.

Los pilares en los que se basa “CUIDA-T” van desde la valoración enfermera propuesta por Virginia Henderson (modificada y adaptada para esta herramienta), pasando por la psicología social de Abraham Maslow y Alderfer con su pirámide de necesidades,

unido al conocimiento y prácticas del Mindfulness y la Mente Compasiva de Paul Gilbert. Todo ello ha contribuido a una clasificación de un total de 16 necesidades básicas englobadas en 3 categorías según su función (fisiológicas, psicológicas y sociales).

A continuación, se han establecido 3 estados en los que puede encontrarse la persona dependiendo de las necesidades en desequilibrio. Los 3 estados corresponden con equilibrio (verde), vulnerable (naranja) y en riesgo (rojo), pudiendo considerarse como un semáforo interno, en el que poder identificar con facilidad en qué estado nos encontramos.

“CUIDA-T” va acompañado de un programa de formación continuada y acompañamiento de un total de 36 semanas (se valorará la posibilidad de un programa de 12 semanas). Durante estas 36 semanas los profesionales de acción humanitaria recibirán una formación establecida en 3 bloques didácticos de 12 semanas de duración cada uno:

1. Primer bloque didáctico: Necesidades fisiológicas. Conectar con el cuerpo. Interocepción.
2. Segundo bloque didáctico: Necesidades Psicológicas. Emoción y Mente. Autoobservación.
3. Tercer bloque didáctico: Necesidades sociales. Vínculos. Del yo al nosotros.

En cada bloque didáctico se profundizará tanto en el contenido teórico como en la práctica, cultivando así la actitud del autocuidado. Con el entrenamiento de Mindfulness conseguimos un despliegue de la conciencia presente que potencia los recursos de la dimensión personal, llegando a la actitud contemplativa que es la que nos trae la calma interior y el espacio necesario para responder de manera más efectiva ante las situaciones a las que nos enfrentamos diariamente.

## *1.2. ¿Cómo utilizar “CUIDA-T”?*

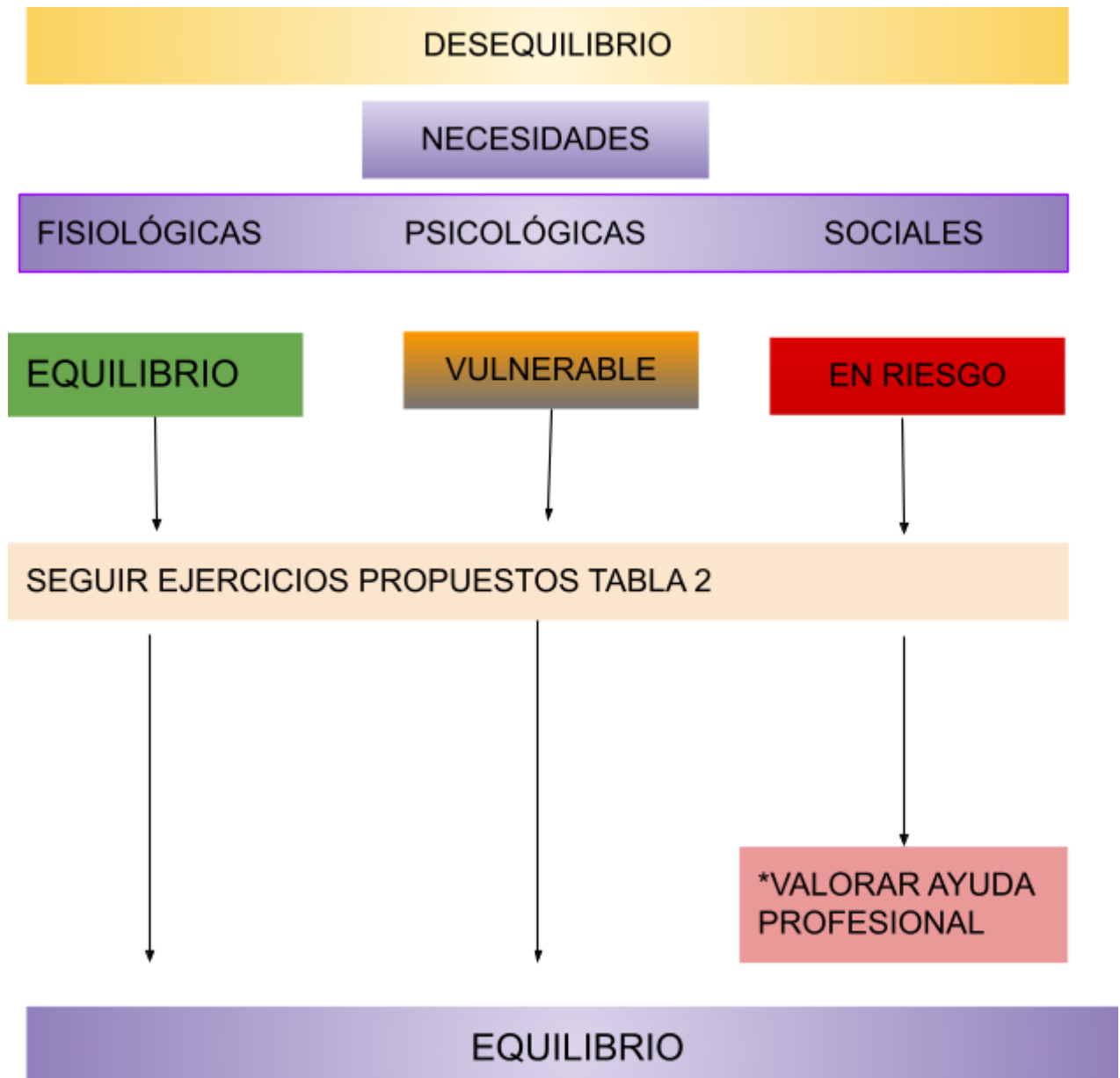
Para la utilización de la herramienta “CUIDA-T” es necesario un nivel de autoobservación mínimo que nos permita el reconocimiento de que algo está “fallando” a nivel interno (nivel fisiológico, psicológico o social). Estas señales son enviadas por la sobreactivación de nuestro organismo para hacer frente a un estímulo procesado como potencial amenaza. Gracias a su reconocimiento podemos saber que existe un desequilibrio

interno en nuestro organismo y frente al que podemos actuar y volver a equilibrar. Con “CUIDA-T” seremos capaces de reconocer las necesidades y conseguir ese equilibrio. Se establecen 3 pasos a seguir para su utilización:

1. El primer paso sería identificar las necesidades (señales o alarmas) que podemos percibir de las 3 categorías establecidas. Para ello, es necesario detenerse y observar qué está pasando en el presente y que señales estamos percibiendo a través de nuestro cuerpo.
2. El segundo paso sería la determinación del estado en el que nos encontraríamos (equilibrio, vulnerable o en riesgo).
3. En el tercer paso se propone utilizar la guía de actuación y seguir las recomendaciones de autocuidado específicas para cada categoría, clasificadas en actividades de autocuidado, ejercicios de relajación, movimiento consciente y meditación.

Para poder facilitar el acceso de los profesionales de acción humanitaria a *CUIDA-T* en cualquier lugar y momento del día, lo ideal sería el desarrollo de una App donde integrar toda la información reflejada en las tablas 8 y 9, que favorezca la realización de ejercicios y actividades propuestas, resolución de dudas, etc. Pudiendo crear también una sección donde poder visualizar un seguimiento del autocuidado que estamos realizando, midiendo así, nuestra huella de cuidado.

## GUÍA DE ACTUACIÓN



**Diagrama 1.** Esquema utilización de la herramienta CUIDA-T. Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 8.** Representación de CUIDA-T. Fuente: Elaboración propia. Continuación en pág. 32.

<b>CUIDA-T</b>				
<i>RECONOCE TUS ALARMAS INTERNAS, ESCUCHA, ACEPTA, CALMA Y SUELTA</i> La herramienta fácil y sencilla de autocuidado que te ayudará a volver a tu equilibrio.				
<b>Mecanismo de acción de la experiencia humana</b>		<b>ESTÍMULO—SENSACIÓN CORPORAL—PERCEPCIÓN—ALARMA—ESCUCHA—ACEPTA—CALMA—SUELTA</b>		
<b>Necesidades</b>		<b>Equilibrio</b>	<b>Vulnerable</b>	<b>En riesgo</b>
<b>F I S I O L O G I C A S</b>	Patrón Respiratorio	→ Respiración profunda, ritmo regular.	→ Respiración más superficial, con pausas respiratorias.	→ Respiración entrecortada, superficial.
	Alimentación e hidratación	→ Buen apetito. Alimentación e hidratación adecuadas.	→ Comida emocional (atracones) o pérdida de apetito.	→ Aumento o pérdida de peso visibles.
	Eliminación (hábitos intestinales, orina, etc)	→ Ritmo intestinal regular.	→ Cambios intestinales (estreñimiento, diarrea)	→ Náuseas, vómitos, dolor abdominal.
	Descanso (higiene del sueño)	→ Sueño reparador. Buena rutina de sueño.	→ Alteraciones del sueño, pesadillas, sueño inquieto.	→ Exceso o falta de sueño, pesadillas recurrentes, <i>flashbacks</i> .
	Movimiento y postura corporal.	→ Físicamente activo, buen nivel de energía y postura corporal.	→ Actividad física reducida, cambios en el nivel de energía, cansancio. Tensión muscular.	→ Sedentarismo, fatiga, letargo, lesiones musculares.
	Sexualidad	→ Buen patrón sexual y libido normal. Satisfacción con la vida sexual.	→ Libido disminuida. Cambios del patrón sexual (conductas de riesgo).	→ Pérdida total libido o interés sexual. Aumento en conductas de riesgo.

P S I C O L O G I C A S	Espacio con uno mismo	→ En mi día a día tengo espacios para estar conmigo mismo.	→ Ocasionalmente mantengo espacios para estar conmigo mismo.	→ Nunca tengo espacios para estar conmigo mismo.
	Estado de ánimo	→ Calma. Capacidad de relajarse.	→ Inquietud, irritabilidad, tristeza habitual, sarcasmo, cinismo.	→ Depresión, agresividad.
	Motivación	→ Establezco metas y objetivos y me muevo hacia ellos.	→ Disminución de la motivación para alcanzar metas propuestas, procrastinación.	→ Incapacidad de cumplir metas y objetivos. Abandono.
	Valoración personal	→ Valoración positiva de las habilidades personales.	→ Poca o baja valoración de las capacidades personales.	→ Sensación de poca o nula valía personal.
	Autorrealización	→ Sensación de crecimiento personal, propósito de vida.	→ Sensación de no crecimiento o estancamiento vital.	→ Sensación de que la vida no tiene un propósito o sentido.
S O C I A L E S	Higiene y cuidado personal	→ Buena higiene y apariencia personal.	→ Descuido imagen e higiene personal.	→ Negligencia imagen e higiene personal.
	Seguridad. Autoprotección	→ Soy capaz de mantener mi seguridad física y mental. Establezco límites sanos.	→ Inquietud, ansiedad. No tengo capacidad para establecer límites.	→ Pánico, ansiedad social.
	Comunicación	→ Soy capaz de expresar mis ideas y sentimientos de una forma clara y eficiente. Asertividad.	→ Dificultad para expresar ideas y sentimientos, bloqueo.	→ Incapacidad para comunicar efectivamente. Pasividad/Agresividad.
	Relación. Intimidad.	→ Socialmente activo, capacidad de crear y cuidar vínculos afectivos.	→ Evitación contacto social, dificultad para crear nuevos vínculos.	→ Aislamiento social, evitación de contacto social.
	Ocio y tiempo libre	→ Ocio y tiempo libre gratificante. Consumo ocasional y social.	→ Disminución del tiempo de ocio. Aumento de consumo habitual.	→ Interrupción de actividades recreativas. Abuso/ adicción.



**Tabla 9.** Apartado 2 de la herramienta CUIDA-T donde se establecen las actividades de autocuidado propuestas. Fuente: Elaboración propia.

NECESIDADES	Mantener el equilibrio	Vulnerable	En riesgo
<b>Fisiológicas</b>	<p><b>AUTOCUIDADO:</b> Ser conscientes de nuestra respiración durante el día. Realizar respiraciones abdominales.</p> <p>Mantener una buena alimentación, con horarios regulares y reservando espacio en el día para ello.</p> <p>Hidratación diaria 1.5-2 L/día. Aumentar la ingesta en contextos con temperaturas extremas.</p> <p>Intentar mantener un horario para la regulación intestinal. Hábitos de higiene intestinal.</p> <p>Asegurar un descanso diario 7-8h/día. Relajación antes de dormir, evitar pantallas.</p> <p>Mantenernos activos diariamente. Ser conscientes de nuestra postura corporal a lo largo del día. Vida sexual satisfactoria.</p> <p><b>MEDITACIONES:</b> Centradas en el cuerpo y la respiración. Centradas en el presente.</p>	<p><b>AUTOCUIDADO:</b> Asegurar cobertura necesidades fisiológicas.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Reconocer la necesidad de tomarnos un descanso. <b>PAUSA.</b> Escuchar a nuestro cuerpo.</p> <p><b>MOVIMIENTO CONSCIENTE:</b> Caminar. Alimentación. Postura corporal. Respiración. Descanso.</p> <p><b>RELAJACIÓN:</b> Automasaje DO IN. Ejercicios de relajación progresiva. Respiración del 4. Yin Yoga. Yoga restaurativo.</p> <p><b>MEDITACIONES:</b> “Atención a la respiración” “Body Scan” “Mente en calma” “Vivir con la molestia”</p>	<p><i>*Intentar mantener la cobertura de necesidades fisiológicas.</i></p> <p><i>*Busca ayuda profesional en los casos en los que se identifiquen alarmas en la columna de riesgo.</i></p> <p><i>*Realización de ejercicios con acompañamiento profesional.</i></p>

<p><b>Psicológicas</b></p>	<p><b>AUTOCUIDADO:</b> Recordar mantener un espacio diario para estar con uno mismo.</p> <p>Ser conscientes de nuestro estado de ánimo a lo largo del día. Reconocer y aceptar.</p> <p>Encontrar la motivación en nuestro día a día. Centrados en el presente.</p> <p>Valoración personal en las cosas que están bajo nuestro control y podemos cultivar. Habilidades personales.</p> <p>Autorrealización como la realización de las potencialidades de la persona.</p> <p><b>MEDITACIONES:</b> “Aceptación del momento presente”. “Autocompasión”. “Conciencia testigo”. “Cultivar la paciencia” “RAIN” “Ubicar pensamientos en el cuerpo” “Encontrar la respiración”</p>	<p><b>AUTOCUIDADO:</b> *Asegurar cobertura necesidades fisiológicas.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> *Traer atención a nuestro cuerpo, este será nuestro ancla con el presente. PAUSA. Salir de la mente.</p> <p>Priorizar y organizar la carga de trabajo. Delegar, pedir ayuda si es necesario.</p> <p><b>MOVIMIENTO CONSCIENTE:</b> Caminar, paseo al aire libre. Paseo del tigre.</p> <p><b>EJERCICIOS RELAJACIÓN:</b> Chi kung. Yoga. Biodanza. Pausa respiración.</p> <p><b>MEDITACIONES:</b> “Trabajar con una persona difícil” “Meditación caminando” “Dejar ir los pensamientos” “Conciencia de tu cuerpo” “Observar los pensamientos” “Dar un paso atrás” “Pausa Autocompasión” “Encontrar la respiración” “Etiquetar emociones”</p>	<p><i>*Intentar mantener la cobertura de las necesidades fisiológicas.</i></p> <p><i>*Busca ayuda profesional en los casos en los que se identifiquen alarmas en la columna de riesgo.</i></p> <p><i>*Realización de ejercicios con acompañamiento profesional.</i></p>
----------------------------	--	--	---

<p><b>Sociales</b></p>	<p><b>AUTOCUIDADO:</b> Mantener una buena higiene y cuidado personal.</p> <p>Mantener la seguridad física identificando peligros externos reales. Establecer límites sanos con los otros.</p> <p>Comunicación con los demás. capacidad de expresar nuestras ideas y sentimientos a los demás adecuadamente. Asertividad.</p> <p>Establecer y cuidar vínculos sociales.</p> <p>Realizar actividades en nuestro tiempo libre que nos aporten gratificación.</p> <p><b>MEDITACIONES:</b> “Bondad amorosa” “Gratitud” “Interdependencia”</p>	<p><b>AUTOCUIDADO:</b> *Asegurar cobertura necesidades fisiológicas.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> *Evitar aislamiento.</p> <p>Reforzar lazos afectivos, contacto con red de apoyo.</p> <p>Identificar y aceptar sentimientos y emociones expresarlos adecuadamente en un entorno seguro.</p> <p>Reafirmar nuestros límites con los otros.</p> <p><b>MOVIMIENTO:</b> Realizar actividades grupales que conlleven interacción con los otros. Danza, yoga, teatro, etc.</p> <p><b>MEDITACIONES:</b> “Dejar la historia atrás” “Dar un paso atrás” “Tonglen” “Ver lo bueno” “Perdón”</p>	<p><i>*Recordar mantener las necesidades fisiológicas cubiertas.</i></p> <p><i>*Busca ayuda profesional en los casos en los que se identifiquen alarmas en la columna de riesgo.</i></p> <p><i>*Realización de ejercicios con acompañamiento profesional.</i></p>
------------------------	--	---	---

**Tabla 9.** Continuación actividades propuestas necesidades sociales y psicológicas (pág 34-35). \*Todas las actividades propuestas van integradas en los módulos de formación establecidos.

## 6. Conclusión

La evidencia científica actual junto con los resultados de las entrevistas llevadas a cabo en la presente investigación, señalan la existencia de impactos directos e indirectos derivados del trabajo en el sector humanitario, sanitario y otras profesiones con las que comparten similitudes, que influyen en la salud holística de los trabajadores. Los resultados obtenidos sirven de base para la creación de intervenciones específicas que ayuden a reducir los riesgos y a mitigar los impactos en la salud de los trabajadores.

Como ya sabemos, el trabajo forma una parte importante en la vida de las personas, por eso, la conciliación necesita ser una prioridad. El entorno laboral y los estresores organizacionales juegan un papel fundamental en nuestra salud. Considerando así, que la organización o empresa para la que trabajamos puede facilitarnos u obstaculizar el bienestar que el concepto salud alberga. Las organizaciones tienen que poder adaptarse a los ciclos naturales del ser humano (paternidad, familia, ocio, enfermedad, etc.) y no convertirse en un impedimento en la vida de los individuos, siendo este el significado de la *humanización de las organizaciones*.

Con el presente estudio se expone una propuesta para la mejora de la problemática existente, puesto que la presencia de herramientas o intervenciones que hayan sido validadas es escasa y no suficientemente implementada. La guía de autocuidado *CUIDA-T* junto con la formación específica para su utilización pretende ser una herramienta integrada dentro de las organizaciones, que promueva la cultura del cuidado dentro del clima de la propia organización, involucrando a todos y cada uno de sus miembros. El autocuidado va más allá de la identificación y cobertura de necesidades, el autocuidado busca promover un cambio de paradigma en los individuos que comience desde el interior y vaya reflejándose poco a poco en la comunidad, organizaciones y la sociedad. Para ello dejar las diferencias adquiridas por clasificaciones o constructos sociales y volver al inicio desde donde todos partimos, el ser humano. Convirtiendo el cuidado en un pilar esencial en un mundo en el que existe una interdependencia entre todos y cada uno de nosotros.

Es necesario continuar ampliando la investigación en este campo, para que se puedan ofrecer datos más concretos acerca de los problemas derivados del impacto del trauma en las personas que trabajan en contextos difíciles, que ayuden a crear estrategias e intervenciones más específicas para su posterior implementación y evaluación.

## 7. Limitaciones

El tamaño de la muestra con la que se ha trabajado en esta investigación ha sido de  $n=6$ , por el tamaño de la muestra no se ha considerado necesaria la aplicación de funciones de representación estadística, llevando a cabo medidas descriptivas de los resultados obtenidos. Sólo se consiguió entrevistar a personas de nacionalidad española, considerándose otra posible limitación. Para apoyar la base de la investigación y solventar las posibles limitaciones, los 18 artículos obtenidos en la revisión bibliográfica se realizaron en diferentes países que apoyan las conclusiones y resultados obtenidos en las entrevistas. El tamaño de la muestra presenta ventajas con respecto a los sesgos que se pueden obtener en muestras de mayor cantidad de participantes, gracias al número de la muestra las entrevistas se pudieron realizar de manera más personalizada pudiendo crear un clima de confianza y tranquilidad con la que poder obtener datos de gran valor cualitativo para la investigación.

## 8. Bibliografía

1. Chatzidakis A, Hakim J, Lottler J, Rottenberg C, et al. (2021). El manifiesto de los cuidados: La política de la interdependencia.
2. Jachens L. Humanitarian Aid Workers' Mental Health and Duty of Care. *Eur J Psychol.* 2019 Dec;15(4):650–5.
3. Kone A, Horter L, Rose C, Rao CY, Orquiola D, Thomas I, et al. The impact of traumatic experiences, coping mechanisms, and workplace benefits on the mental health of U.S. public health workers during the COVID-19 pandemic. *Annals of Epidemiology.* 2022 Oct 1;74:66–74.
4. Barattucci M, Padovan AM, Vitale E, Rapisarda V, Ramaci T, De Giorgio A. Mindfulness-Based IARA Model® Proves Effective to Reduce Stress and Anxiety in Health Care Professionals. A Six-Month Follow-Up Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Nov 12;16(22):E4421.
5. Yela Aránega A, Del Val Núñez MT, Castaño Sánchez R. Mindfulness as an intrapreneurship tool for improving the working environment and self-awareness. *Journal of Business Research.* 2020 Jul 1;115:186–93.

6. Eugenia, M., Benadero, M., & Moreno Jimenez, B. (s/f). *Professional quality of life*. Wsimg.com. Recuperado el 15 de enero de 2023, de ProQOL -vIV - PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales
7. *TMMS-24*. (s/f). Uma.es. Recuperado el 15 de enero de 2023, de <https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf78.pdf>.
8. Cuestionario Maslach, E. (s/f). *Cuestionario 2: MBI*. Elsevier.es. Recuperado el 15 de enero de 2023, de MBI Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones.
9. De Jong K, Martinmäki SE, Te Brake H, Haagen JFG, Kleber RJ. Mental and physical health of international humanitarian aid workers on short-term assignments: Findings from a prospective cohort study. *Soc Sci Med*. 2021 Sep;285:114268.
10. Rizkalla N, Segal SP. Trauma during humanitarian work: the effects on intimacy, wellbeing and PTSD-symptoms. *Eur J Psychotraumatology*. 2019;10(1):1679065.
11. Elnakib S, Elaraby S, Othman F, BaSaleem H, Abdulghani AlShawafi NA, Saleh Al-Gawfi IA, et al. Providing care under extreme adversity: The impact of the Yemen conflict on the personal and professional lives of health workers. *Soc Sci Med*. 2021 Mar;272:113751.
12. Haverkamp FJC, van Leest TAJ, Muhrbeck M, Hoencamp R, Wladis A, Tan ECTH. Self-perceived preparedness and training needs of healthcare personnel on humanitarian mission: a pre- and post-deployment survey. *World J Emerg Surg*. 2022 Mar 5;17(1):14.
13. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*. 2020 Jul 1;24:100424.
14. Corey J, Vallières F, Frawley T, De Brún A, Davidson S, Gilmore B. A Rapid Realist Review of Group Psychological First Aid for Humanitarian Workers and Volunteers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 4;18(4):1452.
15. Ghodsi H, Sohrabizadeh S, Khani Jazani R, Kavousi A. Development and validation of the humanitarian aid workers resilience scale (HAWRS). *Med J Islam Repub Iran*. 2019;33:155.
16. De Brier N, Stroobants S, Vandekerckhove P, De Buck E. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244052.

17. Priede A, López-Álvarez I, Carracedo-Sanchidrián D, González-Blanch C. Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Mental (Engl Ed)*. 2021 Jun;14(2):83–9.
18. Behnke A, Conrad D, Kolassa IT, Rojas R. Higher sense of coherence is associated with better mental and physical health in emergency medical services: results from investigations on the revised sense of coherence scale (SOC-R) in rescue workers. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1606628.
19. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Mental (Engl Ed)*. 2021 Jun;14(2):90–105.
20. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrarázaval Domínguez M. [Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic]. *Rev Med Chil*. 2020 Aug;148(8):1121–7.
21. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. [Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe]. *Med Clin (Barc)*. 2020 Nov 27;155(10):434–40.
22. Zerach G, Levi-Belz Y. Moral injury and mental health outcomes among Israeli health and social care workers during the COVID-19 pandemic: a latent class analysis approach. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1945749.
23. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. [Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers]. *Rev Med Chil*. 2021 Aug;149(8):1205–14.
24. Restrepo-Martínez M, Escobar M, Marín LA, Restrepo D. Prevalence and Clinical Characteristics of Depression and Anxiety Symptoms in Staff at a Health Institution in Medellin During the COVID-19 Pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 11 de marzo de 2021;S0034-7450(21)00037-8.
25. Workman Publishing. (2003). *Real happiness at work: Meditations for accomplishment, achievement, and peace*. Workman Publishing.
26. Neff, K. (2015). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow Paperbacks.
27. Santorelli, S. (2010). *Heal thy self: Lessons on mindfulness in medicine*. Three Rivers Press.

## **9. Agradecimientos**

Me gustaría expresar mi gratitud a todas y cada una de las personas, situaciones y circunstancias que han hecho posible que una idea que empezó a gestarse en 2020 haya continuado tomando forma con este trabajo.

A los participantes de las entrevistas por su disponibilidad y buena disposición desde el principio. A las cuatro mujeres con las que he tenido la suerte de haber compartido este proceso. Mis tutoras Feli, Yedra por vuestro apoyo, guía y experiencia. Arantxa y Valeria por haberme ayudado a empezar a recorrer el camino del autoconocimiento.

A mi familia y amigos siempre.



## 10. Anexos



Universidad  
de Alcalá



### BURNOUT ADAPTADO. CUESTIONARIO 1

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUN. 1= POCAS VECES AL AÑO. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1 Me agota mi trabajo.

2 Me canso mucho al final de la jornada laboral.

3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo siento que no tengo fuerzas.

4 Tengo facilidad para comprender cómo se sienten las personas que me rodean en mi trabajo.

5 Creo que estoy tratando a algunas de las personas con las que trabajo como si fueran objetos impersonales.

6 Siento que trabajar todo el día con personas supone un gran esfuerzo y me cansa.

7 Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes, (titulares de derechos).

8 Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.

9 Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los demás.

10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión.

11 Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.

12 Me siento con mucha energía en mi trabajo.

13 Siento frustración en mi trabajo.

14 Creo que trabajo demasiado.

15 No me preocupa realmente lo que les ocurra a las personas con las que trabajo.

16 Trabajar directamente con personas en situación de dificultad me produce estrés.

17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi entorno de trabajo.

18 Me siento motivado después de trabajar en contacto con personas en situaciones difíciles.

19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

20 Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.

21 En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.

22 Creo que los titulares de derechos me culpan de algunos de sus problemas.

**Anexo 1.** Cuestionario Burnout Maslach Inventory (MBI), adaptado a profesionales de acción humanitaria.



Universidad  
de Alcalá



### ProQOL -vIV. PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE. CUESTIONARIO 3

Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV

Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre

5=Siempre

- \_\_\_\_\_ 1. Soy feliz.
  - \_\_\_\_\_ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he asistido.
  - \_\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho de poder fortalecer las capacidades de la gente.
  - \_\_\_\_\_ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
  - \_\_\_\_\_ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
  - \_\_\_\_\_ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas con las que he cooperado.
  - \_\_\_\_\_ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
  - \_\_\_\_\_ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he asistido o con las que he cooperado.
  - \_\_\_\_\_ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he asistido.
  - \_\_\_\_\_ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
  - \_\_\_\_\_ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
  - \_\_\_\_\_ 12. Me gusta mi trabajo.
  - \_\_\_\_\_ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
  - \_\_\_\_\_ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he asistido.
  - \_\_\_\_\_ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
  - \_\_\_\_\_ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia humanitaria.
  - \_\_\_\_\_ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
  - \_\_\_\_\_ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
  - \_\_\_\_\_ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
  - \_\_\_\_\_ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he cooperado y sobre cómo he podido aportar para fortalecer sus capacidades.
  - \_\_\_\_\_ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
  - \_\_\_\_\_ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
  - \_\_\_\_\_ 23. Evitar ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he asistido.
  - \_\_\_\_\_ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- 0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- \_\_\_\_\_ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
  - \_\_\_\_\_ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema.
  - \_\_\_\_\_ 27. Considero que soy un buen profesional.
  - \_\_\_\_\_ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas.
  - \_\_\_\_\_ 29. Soy una persona demasiado sensible.
  - \_\_\_\_\_ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

**Anexo 2.** ProQOL-vIV B. Hudnall Stamm, Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-III,1995 -2002 adaptada para profesionales de acción humanitaria.



### TMMS-24. Cuestionario 2

**Instrucciones:**

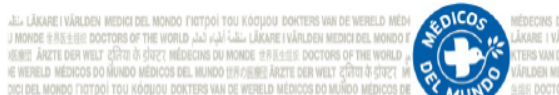
A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas,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

	1	2	3	4	5
	Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					

**Anexo 3. Cuestionario Trait Meta Mood Scale (TMM24) adaptado.**



Universidad  
de Alcalá



## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña. ....con DNI nº .....

Manifiesto que he leído y entendido la información que se me ha facilitado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y si después de recibir la información relacionada con el mismo puede decidir no participar.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “*Guía de autocuidado psicoemocional para profesionales de acción humanitaria*”. He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Granada, a        de                    de 2022

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:

Título del Proyecto: “*Guía de autocuidado psicoemocional para profesionales de acción humanitaria*”  
Investigador Principal: Sara Martín Jofré

Yo, (Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He entendido la información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
  - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
  - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
  - Que mi participación es voluntaria y altruista
  - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
  - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
  - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

**Anexo 4.** Documento tipo consentimiento informado investigación (UCAN). Adaptado.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO                      SÍ                      NO  
(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación: Fecha .....

Firma.....

Nombre investigador: SARA MARTÍN JOFRÉ

Firma del investigador: SARA MARTÍN JOFRÉ

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

..... revoco el  
consentimiento de participación en el proceso, arriba  
firmado.

Firma y Fecha de la revocación

**Anexo 4.** Documento tipo consentimiento informado investigación (UCAN) adaptado.