



Universitat
de les Illes Balears

TREBALL DE FI DE MÀSTER

PROGRAMA DE GESTIÓ EMOCIONAL PER TERAPEUTES DE PROJECTE HOME

Laura Boyeras Sastre

Màster Universitari en Gestió de Recursos Humans.

Intervenció Psicològica i Pedagògica

Centre d'Estudis de Postgrau

Any Acadèmic 2021-22

PROGRAMA DE GESTIÓ EMOCIONAL PER A TERAPEUTES DE PROJECTE HOME

Laura Boyeras Sastre

Treball de Fi de Màster

Centre d'Estudis de Postgrau

Universitat de les Illes Balears

Any Acadèmic 2021-22

Paraules clau del treball:

Intel·ligència emocional, terapeuta, addiccions, estrès laboral, programa.

Nom Tutora del Treball: Dra. Antonia Pades Jiménez

Índex

1. Introducció	5
2. Objectius del treball	6
3. Projecte Home Jove i el tractament per les addiccions	7
3.1. Què és Projecte Home Jove?	7
3.2. Tipus de tractament i programes	13
3.3. Descripció de l'equip de Projecte Home	14
4. Model de Intel·ligència Emocional	16
4.1. Model de Mayer, Salovey i Caruso (1997)	16
4.2. El treball del terapeuta i la IE	20
4.2.1. Com és el pacient addicte?	24
4.2.2. Les conseqüències emocionals del treball terapèutic	27
4.2.3. El Burnout i el treball del terapeuta	29
4.2.4. Mindfulness per a la millora de les habilitats del terapeuta	33
4.3. Instruments de mesura relacionats amb la IE	34
5. Programes de gestió emocional aplicats a terapeutes de l'àmbit de les addiccions	36
6. Proposta de intervenció: Programa formatiu per la gestió emocional	40
6.1. Descripció del programa	40
6.2. Cronograma	42
6.3. Seqüència d'activitats	44
6.4. Avaluació prèvia i posterior al programa	48
6.5. Pressupost i finançament	49
6.6. Aplicabilitat del programa	49
7. Conclusions	50
8. Referències bibliogràfiques	51
9. Annexos	57
Annex 1	57
Annex 2	58
Annex 3	59
Annex 4	59

Annex 5	59
Annex 6	60

1. Introducció

Les addiccions conformen un àmbit molt controvertit, ja sigui per part de l'usuari que les pateix com pels professionals, entre ells els/les terapeutes, que desenvolupen un tractament per a combatre amb les addiccions.

En el nostre país, l'associació *Projecte Home* és un referent pioner en aquest àmbit, ja que des dels anys 80, s'ha anat constituint com una entitat especialitzada en la prevenció, tractament i la reinserció socio-laboral dels individus que presenten problemes amb el consum de tòxics. En aquest sentit, ens centrarem en la seva labor en el nostre territori i la fundació *Projecte Home Balears*, més concretament la tasca dels/les terapeutes amb els joves d'entre 14 i 21 anys.

La intel·ligència emocional és fonamental a l'hora de dur a terme la labor com a terapeuta amb joves que poden presentar problemes d'addiccions, ja que les relacions entre pacient i terapeuta són intenses i rellevants i poden, fins i tot, desembocar en problemes de gestió emocional per part dels professionals implicats, com és el cas del burnout o l'estrès traumàtic secundari.

Així doncs, en aquest treball es presenta un programa de gestió emocional dirigit a terapeutes que treballen a la fundació *Projecte Home Balears* i que han de desenvolupar la seva labor diària amb joves que drogodependents. L'objectiu del programa és prevenir el burnout i l'estrès traumàtic secundari en els professionals de l'entitat i atorgar-los estratègies perquè siguin capaços de gestionar els seus sentiments i les emocions que els provoquen determinades situacions laborals.

Abstract

Additions are a highly controversial area, whether it be for the user who suffers them or for professionals, including therapists, who develop treatment for addiction.

In our country, the Project Home partnership is a pioneering benchmark in this area, since the 1980s, it has been established as a specialized entity in the prevention, treatment and socio-labour reintegration of individuals with problems with toxic consumption. In this respect, we will focus on your work in our territory and the Project Home Balearic, more specifically the task of the therapists with young people between 14 and 21 years old.

Emotional intelligence is essential in carrying out work as a therapist with young people who may present addiction problems, as patient-therapist relationships are intense and relevant and may even lead to emotional management problems by the professionals involved, such as burnout or secondary traumatic stress.

Thus, an emotional management program is presented in this work aimed at therapists who work at the Project Home Balearic, and who must do their daily work with young people who are addicted. The aim of the program is to prevent burnout and secondary traumatic stress in the professionals of the entity and to give them strategies to be able to manage their feelings and emotions that cause certain working situations.

2. Objectius del treball

L'objectiu general d'aquest Treball Final de Màster és oferir eines als terapeutes de la fundació *Projecte Home Balears* perquè puguin gestionar les seves emocions d'acord amb el treball que desenvolupen.

Els objectius específics que se'n deriven d'aquest són els següents:

- Identificar el model de Mayer, Salovey i Caruso (1997).
- Explorar programes formatius d'intel·ligència emocional aplicats a terapeutes que atenen a pacients drogodependents.
- Proposar el disseny d'un programa psico-educatiu per aplicar-lo posteriorment als terapeutes de la fundació *Projecte Jove*.

3. Projecte Jove i el tractament per les addiccions

3.1. Què és Projecte Home?

L'associació de Projecte Home va néixer l'any 1989 a Madrid per donar resposta a una de les problemàtiques més intenses amb les què va conviure gran part de la població espanyola durant la dècada dels anys 80. La intensitat i la força amb la què es presentaren les drogues a la societat i a la joventut va generar una forta crisi personal a l'hora que social. El consum de drogues es va incrementar de forma exagerada i, durant l'època a la què ens referim; va ser l'heroïna la principal problemàtica que provocà la mobilització de les famílies, d'associacions de veïns, parròquies, etc. En primer lloc, la drogodependència afecta notòriament a nivell socio-afectiu del subjecte minvant la pròpia capacitat d'autoregulació emocional, així com la capacitat de prendre decisions. Conseqüentment, al tractar-se d'una addicció que genera una forta dependència psíquica i física, recau al mateix temps en l'entorn més pròxim de la persona, creant un ambient d'incertesa i d'inseguretat que impedeix un correcte desenvolupament de les relacions interpersonals, ja sigui amb la família, parella, comunitat... A mesura que creix l'addicció, es destrueixen els lligams entre les persones més pròximes fins al punt de quedar immers en una realitat paral·lela i totalment desvinculada de qualsevol unió social i/o afectiva.

En aquest sentit, va ser necessari abordar la problemàtica per part de professionals i organitzacions. És en aquest moment quan la fundació té la necessitat de crear una organització amb una estructura clara que permetés el desenvolupament a tot el territori espanyol.

Tot i que actualment, no es parla de les drogues amb la mateixa intensitat d'abans, la problemàtica que generen és la mateixa, malgrat que el consum, sobretot d'heroïna, ha disminuït notablement (Projecte Home, 2019). En aquest sentit, altres substàncies com la cocaïna i l'alcohol sí que tenen una incidència notable en la població, tal i com s'exposarà al llarg d'aquest apartat. A més, a dia d'avui, creix una nova problemàtica amb els més joves que també crea una forta dependència i són les noves tecnologies.

La missió de *Projecte Home* és la d'enfortir la identitat comú i el sentit de pertinença de tots els centres que conformen l'associació des d'una perspectiva humanista i promovent una estratègia compartida i el recolzament mutu.

La seva visió és la de crear un espai de trobada de tots els centres associats que aporten cohesió i pertinença a un projecte comú i formen part d'un referent en el desenvolupament de serveis de qualitat per les persones i la societat, per la inserció laboral, la prevenció, tractament i la investigació de les addiccions i/o les conductes desadaptatives baix la mirada d'un model biopsicosocial.

La fundació publica una memòria anual amb els respectius informes i estudis que posen de manifest la trajectòria, així com la tendència evolutiva de la població (sexe, edat, estat familiar, etc.) respecte del consum de drogues.

A continuació, farem referència a l'*Observatori 2013-2019* publicat per *Projecte Home* mitjançant el qual es du a terme un anàlisi i la identificació de les característiques psicosocials, epidemiològiques i sociodemogràfiques de les persones que presenten problemes de dependència i que són ateses als centres de Projecte Home a nivell nacional.

- **Variable sexe:**

De les memòries i dels estudis acumulats entre el 2013 fins al 2019 es conclou que les dones tenen un accés menor a les drogues, amb un 15.4% davant del 84.6% dels homes. Malgrat això, recalcar que hi ha una tendència a l'alça per part del col·lectiu femení al consum de tòxics (un 13.8% en el 2013 i un 16.1% en el 2019).

- **Distribució de l'edat:**

L'interval d'edat comprès entre aquests 6 anys mostra una major extensió, l'edat oscil·la entre els 18 fins als 78 anys. Encara que és en la franja dels 30 als 39 anys on s'hi troba major acumulació de col·lectiu dependent. Pel que fa als joves, trobem que el 20.8% s'inclou entre la població menor de 30 anys. La següent taula mostra l'agrupament per franges d'edat en relació amb el sexe.

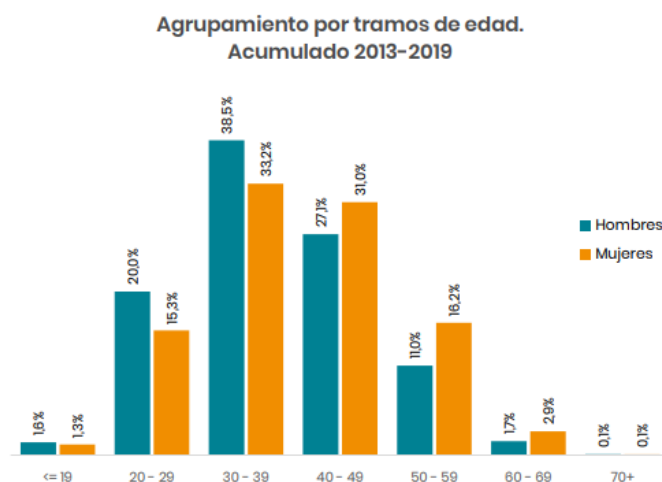


Figura 1: Agrupament per franges d'edat.

Font: Projecte Home

- **Estatus social i familiar:**

L'estat social amb major prevalença és el de *solter* amb un 59.1% respecte als altres estats civils i les diferències es mantenen també en qüestió de sexe: homes solters 60.7% i dones solteres 49.9%. Una diferència rellevant en quant al sexe és que hi ha un major nombre de dones en estat civil divorciada o separada, un 29.1% respecte al 18.6% dels homes en el mateix cas. A més, també és notori en el cas de dones viudes (3.4%) en comparació amb els homes (0.5%).

Al llarg d'aquests anys, no s'han apreciat grans discrepàncies, ja que els resultats són similars, just es pot observar un lleuger descens (del 2.2%) en el cas de les persones solteres, passa del 61.3% al 58.9%.

Pel que fa a les formes de convivència, sí que hi ha dades a destacar, ja que trobem una proporció rellevant de persones en tractament que conviuen en la família nuclear (parella o parella amb fills) d'un 43.3% i d'altres que conviuen amb la família d'origen (pares) amb un 35.1%. Només el 13.7% de les persones en tractament viuen soles.

Si ens centrem en el sexe, les dades són significativament diferents: el 32.6% de les dones viuen amb els seus fills, mentre que en el cas dels homes és un 24.5%.

Durant el període d'entre 2013-2019, s'ha observat un creixement de les persones que viuen en parella (+2.4%) i de les que viuen soles (+5.7%).

- **Conflictivitat:** “*Viu amb algú amb problemes d'alcohol i/o drogues?*”

Davant aquesta qüestió un 20.4% dels usuaris de l'associació, conviuen amb persones que presenten també problemes amb l'alcohol i/o les drogues. Aquest fet fa perillar el procés de rehabilitació i dificulta l'èxit del tractament, ja que el pacient ha de rompre amb les addiccions en el entorn més pròxim.

Al llarg d'aquests anys, es preveu una tendència descendent pel que fa al consum d'alcohol tot i que és irregular. En el cas de les drogues, sí que el descens s'ha produït d'una manera més clara.

- **Quina substància és el principal problema?**

La major part de la població que acudeix a Projecte Home presenta problemes amb la cocaïna (en el cas de les dones és un 24.1% i en el cas dels homes és un 33.5%). En el segon lloc, apareix l'alcohol com a substància problemàtica amb independència del patró de consum (la proporció en les dones és del 36.2% i en els homes és del 21.7%). En aquest sentit, la problemàtica amb l'alcohol és més notòria en el cas del col·lectiu femení, inclús és aquesta la substància habitual per les dones.

L'evolució que s'ha experimentat en aquest cas, mostra un increment progressiu de les persones en tractament que han tingut la cocaïna com a substància principal (passant d'un 27.2% a un 35.3%). Pel que fa a la resta de substàncies, hi ha poques variacions amb una tendència a la baixa en l'alcohol i altres drogues i un petit increment de les amfetamines.

- **Illes Balears:**

Concretament en el cas de les Illes Balears, hi ha un major nombre d'usuaris homes (78.8%) que dones (21.2%). Pel que fa al gruix d'edat també oscil·la entre els 30-39 anys (37.6%) seguit del grup d'edat 40-49 anys (29.6%). El col·lectiu

més jove té un percentatge de 0.7% en menors de 19 anys i un 14.5% en usuaris d'entre 20-29.

De la mateixa manera que la panoràmica nacional, la cocaïna a la nostra comunitat autònoma també és la principal substància problemàtica (25.7%) seguida de l'alcohol (18.8%).

▪ **Prevalença de l'ús de les tecnologies:**

Evidències científiques afirmen que l'accés a les TIC en edats molt primerenques és susceptible d'un abús o ús inadequat, generant una gran dependència que s'observa en els centres de la fundació, sobretot amb aquell col·lectiu més jove (14-21 anys).

En aquest gràfic podem observar la disponibilitat que hi ha a les llars en quant a dispositius digitals i veiem que els joves tenen fàcil accés a tots ells, dificultant així el control.

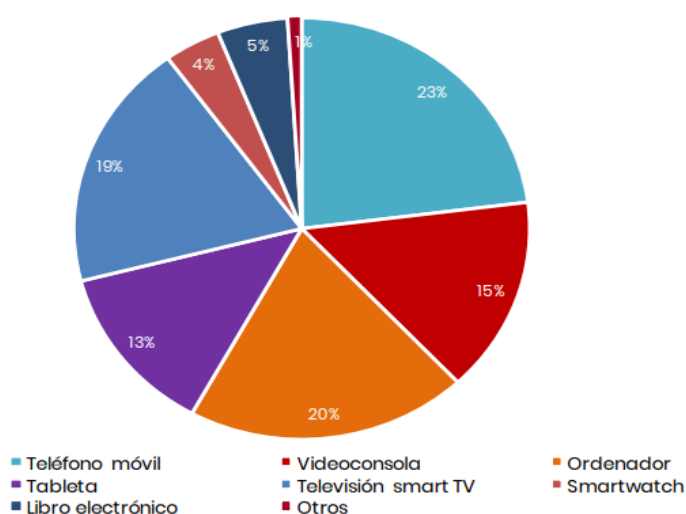


Figura 2: Disponibilitat dels dispositius digitals a les llars

Font: Projecte Home

El 38.8% dels joves afirmen dedicar entre 3-4h diàries a l'ús digital mentre que només el 6.2% l'utilitzen menys d'una hora. En aquest sentit, si concretem sobre quins dispositius són els que més empren, tenim aquest gràfic que ho expressa clarament: són el telèfon

mòbil (23%) i l'ordinador (21%) els més populars entre els joves. A tot això, cal indicar que el 70.7% prefereix fer ús de la tecnologia en solitari.

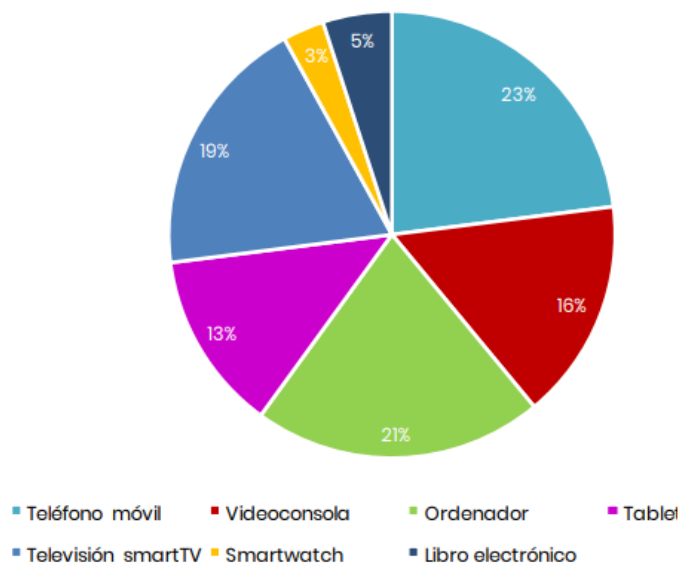


Figura 3: Tipus de dispositiu emprat.

Font: Projecte Home

Finalment, pel que fa la influència de les TIC a l'entorn familiar, hi trobem les dades següents: la gran majoria dels usuaris expressa més fàcilment allò que pensa en el món virtual que en el món físic; les emocions són expressades més fàcilment mitjançant les tecnologies que no en el món físic; i, per acabar, els usuaris prefereixen relacionar-se amb les persones amb qui comparteixen les mateixes aficions tecnològiques.

Un cop revisades les dades de l'observatori de la fundació, continuem amb quines intervencions s'ofereixen a Projecte Home i quins són els seus destinataris.

3.2. Programes i tipus de tractament

Projecte Home Balears ha desenvolupat al llarg de tots aquests anys diversos programes i tractaments segons siguin els seus destinataris, la problemàtica associada i la gravetat d'aquesta. Així doncs, existeixen poden fer una primera classificació entre els programes destinats a persones adultes, a partir dels 23 anys; i els programes per a joves d'entre 14 i 23 anys.

Posarem èmfasi en aquells programes dirigits als joves, ja que són el col·lectiu destinatari dels nostres terapeutes. *Projecte Jove* engloba tots aquells dispositius que pretenen donar resposta tant a la problemàtica de la drogodependència com a l'abús i l'ús problemàtic de les tecnologies digitals entre els més joves.

Així doncs, hi diferenciem quatre programes diferents que varien en quant a durada, intensitat i tipologia d'addicció. A continuació, es detallen cada un d'ells:

- A. *Centre de dia Projecte Jove* va dirigit a joves d'entre 14 i 23 anys que presenten problemes associats al consum de drogues i que precisen d'una intervenció continuada i intensiva. El tractament es du a terme sobre la conducta, el coneixement personal i les relacions personals i socials.
- B. *Just a temps* és un programa de caràcter ambulatori que s'adapta a les necessitats dels joves que manifesten problemes de dependència o d'abús de tòxics. Generalment, solen compatibilitzar les seves activitats acadèmiques o laborals amb el tractament que té com objectiu l'abandonament del consum de drogues i aconseguir una adequada inserció socio-educativa o socio-laboral.
- C. *Programa Ciber* té com objectiu la prevenció i la intervenció amb l'ús problemàtic de les TIC. Té dos itineraris diferenciats segons siguin els propòsits: l'itinerari familiar quan es pretén fer una intervenció directa amb un cas concret, o bé, l'itinerari educatiu-terapèutic amb l'objectiu de prevenir als estudiants i fomentar l'ús responsable de les tecnologies de la informació.

D. *SOFIA* (Servei d'Orientació, famílies i addiccions) és un nou recurs que compta amb un servei especialitzat que ofereix assessorament familiar per la prevenció de les addiccions. El seu treball es ramifica en aquestes tres àrees de prevenció: l'escolar, la familiar, la comunitària i la laboral.

3.3. L'equip de Projecte Home Balears

L'equip de la fundació compta amb un equip multidisciplinari format per professionals qualificats i especialitzats en l'àmbit terapèutic i de gestió.

L'organigrama de l'associació es desglossa a continuació:

- Direcció de Projecte Home Balears:
 - President Executiu
 - Director econòmic, financer i de gestió.
 - Director de comunicació i projectes.
 - Director terapèutic i de recursos humans.
- Responsables de Programes de tractament:
 - Programa Base
 - P. Horabaixa i Eureka
 - Projecte Jove i Just a temps
 - *SOFIA*
 - Unitat de diagnòstic
 - Centre de dia Arrels
 - Casa Oberta i Nou Dia
 - Centre Andana
 - Ítaca
 - Centre integral Manacor
 - Centre integral Inca

- Acolliment residencial específic per menors.

Tal i com explica Gutiérrez (2007), com a directora de l'escola de formació de Projecte Home; ser terapeuta en drogodependències a l'associació significa molt més que posseir coneixements i saber aplicar tècniques específiques; suposa treballar amb les persones i per elles, formar part d'un equip multidisciplinari i acompanyar a aquells que van fet el seu procés de reconstrucció personal i a les seves famílies.

Els terapeutes que desenvolupen la seva tasca amb els joves que presenten problemàtiques associades a l'abús de drogues o a l'ús inadequat de les tecnologies tenen una formació prèvia diferenciada segons hagi estat el seu itinerari. En la majoria dels casos, hi trobem: psicòlegs, pedagogs, treballadors socials i educadors socials.

A més a més, també s'incorporen als equips persones que han realitzat l'itinerari terapèutic a la fundació i que l'han finalitzat satisfactòriament, al menys dos anys enrere, temps durant el qual s'han deslligat del centre i s'han incorporat al món laboral en altres àmbits.

Amb tots aquests casos i amb independència de la formació prèvia amb la que comptin, abans d'exercir com a terapeutes de l'organització és necessari reunir les qualitats i destreses personals adequades per afrontar la seva feina com a terapeutes o educadors. La formació base dels terapeutes s'imparteix a càrrec de l'Associació *Projecte Home* (Madrid) amb la col·laboració de la Universitat de Oviedo com a Màster en addiccions, la qual té com a objectius:

- Proporcionar un espai integrador de criteris i reflexions en constant revisió que permetin compartir les diferents experiències de cada un dels centres.
- Mantenir la motivació d'aquelles persones que duen anys treballant i despertar-la en aquelles que acaben de començar.
- Qüestionar la pròpia feina i trobar alternatives creatives de millora.
- Afavorir el procés de coneixements i creixement personal de cada professional.
- Aportar coneixements i ensenyar-los baix la concepció humanista en la que creiem.

4. Model d'Intel·ligència Emocional

4.1. Model de Mayer, Salovey i Caruso (1997)

Salovey, Mayer i Caruso (1997) van donar pas a la intel·ligència emocional dins la literatura científica, encara que la seva definició del constructe es distingeix de la popular representació que en va fer Daniel Goleman (1995), ja que els autors segueixen un rigorós mètode científic que l'arriba a definir com a: “una capacitat per a processar informació relacionada amb les emocions, on la intel·ligència i les emocions són elements vertebradors de la seva feina.” Un element clau que diferencia la perspectiva de Mayer, Salovey i Caruso d'altres és l'habilitat que se li atorga a la IE per a raonar, millorar i guiar el pensament (Fernández-Berrocal, 2009).

El model de Mayer, Salovey i Caruso. És un model d'habilitat que fixa l'atenció en el processament de la informació. El model de les quatre branques concep la IE com aquella capacitat que tenen les pròpies emocions per adaptar-se i, a l'hora, l'aplicabilitat que en poden fer d'elles en el nostre pensament (Fernández, 2005).

Segons els autors d'aquest model d'habilitat, la IE es pot conceptualitzar a través de quatre habilitats que es descriuen a continuació:

- La percepció emocional és entesa com l'habilitat a l'hora d'identificar i reconèixer les pròpies emocions i les que ens rodegen a través de la descodificació de senyals emocionals extretes d'expressions facials, del to de veu i/o dels moviments corporals. Aquesta habilitat requereix de cert grau d'atenció i és la que permet discriminar les diferències entre el comportament verbal (*el que es diu*) i les manifestacions expressives (*el que es demostra*).

Reconèixer les emocions en l'altre s'adona gràcies al desenvolupament de la Teoria de la Ment que, tal i com expliquen Zegarra, et. al (2017), és la capacitat cognitiva que permet percebre els estats mentals de les altres persones i reconèixer que els propis estats mentals estan diferenciats del dels altres, el que s'anomena diferenciació subjectiva.

- La facilitació emocional es pot descriure com l'habilitat de l'individu per saber de quina manera afecten els sentiments i les emocions en la presa de decisions, ja

que tal com exposen Fernández, et. al (2005), les emocions afecten al nostre sistema cognitiu, en funció de l'estat emocional o anímic la nostra percepció de l'entorn varia i inclús pot millorar fomentant la creativitat.

- La comprensió emocional és la capacitat per reconèixer, diferenciar i categoritzar les múltiples senyals emocionals i implica una tasca retrospectiva per concebre i analitzar les possibles causes de l'estat emocional així com, la progressió futura d'aquest. Suposa, a més, tenir consciència de la transició d'un estat emocional a un altre i l'aparició de sentiments contradictoris i simultanis. Tot això, suposa comprendre el funcionament dels estats d'ànim quan aquests es combinen, donant lloc a les emocions secundàries (gelosia, preocupació, orgull, etc.).
- La regulació emocional, per la seva banda, representa una de les capacitats de major complexitat ja que inclou les reflexions que se'n deriven de pensaments, ja sigui positius com negatius, per comprendre la informació que ens arriba. A més, engloba més processos relacionats, com per exemple: moderar les emocions negatives i intensificar les positives, l'habilitat per gestionar les relacions interpersonals i intrapersonals.

Tal com es refereix Sancho, M. et al (2018) al terme definit per Gross (2011), entenem que la regulació emocional és aquell procés mitjançant el qual l'individu és capaç de donar forma a les emocions i expressar-les. Amb tot això, destaquen tres característiques fonamentals en la regulació:

- 1) En primer lloc, s'activa l'objectiu que es vol modificar en el procés de generació d'emocions.
- 2) Posteriorment, es coordinen els processos encarregats d'alterar la trajectòria de l'emoció.
- 3) Finalment, s'adona un impacte de la dinàmica emocional.

El desenvolupament d'aquest model teòric va requerir de la necessitat avaluadora de les dimensions que s'hi proposaven. Com ja sabem, els instruments de mesura han de complir un seguit de requisits en quant a fiabilitat i validesa per a determinar-lo com un instrument psicomètric validat. Així doncs, per a l'avaluació de les dimensions emocions establertes al model, els autors plategen tres instruments: l'auto-informe, els test

d'execució i els informes d'observadors externs, malgrat que les investigacions s'han fet en base als dos primers instruments, que són els que descriurem a continuació:

- Les mesures d'auto-informe foren les primeres a l'hora d'avaluar les habilitats d'Intel·ligència Emocional, ja que són fàcilment administrables i proporcionen les puntuacions ràpidament. A més, considera els processos introspectius per a recaptar més informació sobre els aspectes emocionals i afectius de la persona. Els enunciats pretenen conèixer el grau d'acord o desacord de l'individu referent a les pròpies capacitats per a percebre, atendre, comprendre, regular i manejar les emocions; per exemple: *Penso amb el meu estat d'ànim contínuament*. Les contestacions proporcionen un índex denominat *IE percebuda*.
- Les mesures d'execució es basen en una aproximació més pràctica i dirigides a mesurar la IE a través de tasques d'execució. L'instrument MSCEIT també dissenyat pels mateixos autors es basa en la concepció de que la IE està formada per quatre aptituds diferents:
 - 1) La percepció d'emocional. Avalua l'aptitud per a identificar correctament com es senten els individus.
 - 2) La facilitació emocional avalua l'aptitud per a crear emocions i per a integrar els sentiments en la manera de pensar.
 - 3) La comprensió de les emocions vol comprendre les causes de les emocions.
 - 4) La capacitat per a gestionar les emocions valora l'aptitud per a generar estratègies eficients amb l'objectiu de que les emocions acompanyin a la consecució de les metes.

Les avantatges principals esmentades per Extremera & Berrocal (2013) sobre l'avaluació a través de les mesures d'execució són les següents:

- Permeten una avaluació més objectiva.
- No requereix que l'individu sigui conscient de la seva capacitat emocional perquè les que es mesuren són implícites i subjacents.

- Gran dificultat per a falsejar les respostes emocionals.

Després d'haver exposat ambdues tipologies de mesura, ens queda aclarir quin és el mètode més eficient. En aquest sentit, seguint amb el que exposa Berrocal (2005), ambdós instruments es complementen, ja que les dues proporcionen informació suficient que permet una millor comprensió dels processos cognitius involucrats: per una banda, fer una avaluació de la IE partint de l'auto-informe ens dona informació en quant als processos emocions conscients; mentre que, les mesures d'execució de la IE informaran sobre altres factors afectius no intencionats o automatitzats.

Cal afegir que des de la mateixa autoria, també neix el *Trait Meta-Mood Scale (TMMS)* la qual evoluciona fins al que coneixem actualment com el TMMS-24 que conté tres dimensions rellevants de la IE i són aquestes:

- 1) L'atenció emocional valora en quina mesura el subjecte és capaç d'atendre adequadament els seus sentiments.
- 2) La claredat emocional es basa en el grau de comprensió que té l'individu sobre els seus estats anímics.
- 3) La reparació emocional com la capacitat per a regular els estats emocionals adequadament.

4.2. El treball del terapeuta i la Intel·ligència Emocional

Els trastorns additius són un dels més greus problemes mèdics i socials a nivell mundial. Es caracteritzen per la reiteració de comportaments anormals, base dels quals és la dependència a substàncies psicoactives i activitats que provoquen greus conseqüències. Actualment la seva prevalença és molt elevada i la tendència és a l'increment. (Echebúrua, et. al 2010).

Els termes de *toxicomania* o *toxicòman* utilitzats durant al llarg del segle XX, han evolucionat cap als termes de *drogodependència* i *drogodependent* ampliant el panorama i l'àmbit d'estudi. En aquests moments, no ens referim tan sols als trastorns per abús de i dependència de substàncies químiques; sinó que també hi tenen cabuda tot un grup de conductes variades i altament perjudicials pel subjecte que les pateix, com per exemple: la ludopatia, les compres sense control, el sexe compulsiu, l'abús de les TIC, etc. Aquestes són les addiccions comportamentals que es troben caracteritzades per la necessària repetició de les mateixes tot i les seves conseqüències a nivell psíquic i físic. Igualment, com expressen Echebúrua, et. al (2010), allò que caracteritza una addicció és la pèrdua de control i la dependència que genera en el subjecte. Les persones addictes a una substància, o bé, a una determinada conducta, experimenten un síndrome d'abstinència quan no la poden dur a terme, caracteritzat per un fort malestar emocional.

Generalment, el treball del terapeuta amb pacient drogodependents s'ha dut a terme mitjançant la psicoteràpia individual que ha demostrat ser poc efectiva a l'hora de gestionar els trastorns additius. En aquest sentit, cal referir-se al terme *equip terapèutic*, com el conjunt de professionals que comparteixen part de la responsabilitat que suposa el procés terapèutic i possibilitant la implementació d'estratègies d'intervenció i que aporten seguretat i autoritat a la figura del terapeuta. És fonamental pel bon compliment del treball, la coordinació i la coherència de les diferents actuacions dels professionals implicats abordant totes les dimensions de la persona, com per exemple: els aspectes psicològics, socials, emocionals, etc. (Agrelo, 2011)

Seguint amb la intervenció, d'Agrelo (2011) referenciant a Haley (2003), es posa de manifest que la teràpia estratègica es basa en que la funció del terapeuta és definir la direcció de la teràpia i fer el necessari perquè el treball segueixi aquell camí.

El terapeuta cal entendre'l com la persona que acompanya a la persona addicta durant tot el procés de canvi, de presa de consciència i de decisions; d'aquesta manera el concep García (2000) en el seu article. Aquesta concepció del terapeuta com a facilitador i no com a un professional que simplement ofereix respostes; fa que hi hagi una major responsabilització del pacient que, en moltes ocasions, és més de la recomanable. La presència del terapeuta durant tot el procés de desintoxicació és clau i es torna realment important en els moments de crisi i de recaiguda quan el pacient necessita retrobar-se amb el seu cos, les seves emocions i els seus pensaments. És en aquest context quan l'escolta activa, el contacte visual i l'empatia tenen el seu gran moment d'afecta amb el pacient i amb les seves casuístiques, deixant de banda els judicis de valor i pensant en aquella persona drogodependent com algú que demana i necessita de les estratègies i del suport que un terapeuta, baix una mirada humanista pot atorgat a aquell pacient.

Fent referència al mateix article, se'n diu que quan el pacient troba en el terapeuta un suport amb qui poder expressar-se profundament, un espai d'escolta activa; resulta sorprenent observar la capacitat del propi pacient per adonar-se'n de les mancances, les necessitats i les estratègies que necessita per la seva millora. En aquest sentit, la importància del vincle serà decisiva en quant a l'eficàcia de la teràpia; la major aportació que pot fer el professional al pacient és oferir una actitud oberta cap al pacient.

Agrelo (2011) coincideix amb Garcia (2000) en descriure que el vincle terapèutic és clau per aconseguir l'adherència i el compromís durant el tractament. La relació entre pacient i terapeuta s'ha de constituir amb els pilars de cooperació i confiança des d'ambdues parts; ja que seran ells qui esbrinaran i descobriran la problemàtica subjacent de l'usuari i quines pautes i estratègies seran les més vàlides per enfocar-lo i tractar-lo.

Se'n diu que la psicoteràpia és un procés orientat al canvi persistent en múltiples facetes de la vida dels pacients a través d'una relació professional, poderosa i contractual amb el terapeuta. La raó de ser de la psicoteràpia és la personalitat del subjecte i, per això s'hi treballa de manera explícita i implícita en ella; així ho explica Agrelo (2011) on cita a Zeig i Muñón (1990).

Abans de referenciar a diversos estudiosos en el camp de la psicoteràpia, és fonamental que parlem de la visió humanista de Carl Rogers la qual ha influït notablement en el

desenvolupament actual de la psicoteràpia, així com, en el treball del terapeuta. Per començar, cal al·ludir a l'entrevista del psicòleg Besora (1982) durant la què Rogers opina sobre l'origen de la Psicologia Humanista: *“Penso que ha sigut la profunda insatisfacció produïda per la visió psicoanalítica i conductista. Fou Maslow qui va prendre la iniciativa de considerar una tercera dimensió en psicologia: la tercera força. Crec que la Psicologia Humanista no ocuparia el lloc que ocupa actualment si no fos per Maslow. A ell se li deu gran part de la iniciativa de l'organització de l'Associació de Psicologia Humanista i a través dels seus articles.”*

Un cop assenyalats els inicis de la Psicologia Humanista, anem aprofundir en els coneixements que aporta Rogers en quant a les relacions humanes. De Vengoechea (2001), relata detalladament aquests ensenyaments:

- Per Rogers la congruència entre el que sento interiorment i el què manifesto públicament és una de les principals actituds que constitueixen una bona relació interpersonal.
- Acceptar-se a sí mateix amb tolerància i respecte permet que les relacions que s'estableixen amb l'altre subjecte siguin reals.
- Comprendre a la persona amb qui treballem és fonamental i enriquidor, tot i que pot resultar complicat, ja que genera cert temor davant allò desconegut.
- Cal obrir canals de comunicació i oferir recursos que permetin facilitar la comunicació de sentiments i d'emocions lliurement.
- L'acceptació de l'altra persona tal i com és, amb els seus sentiments, pensaments i comportaments.

Aquestes aportacions de Rogers, declaren la importància que atribuïa a les relacions interpersonals i a la qualitat d'aquestes. L'element que promou el desenvolupament i el creixement personal és aquesta connexió real i comprensiva amb l'altra persona. Podrem veure a continuació, amb altres autors, la influència d'aquesta concepció humanista damunt el tractament terapèutic i en les relacions entre terapeuta i pacient.

Casari, et. al (2016) parla de l'estil personal del terapeuta com aquell constructe multidimensional que està present en qualsevol procés terapèutic i que es descriu com

les disposicions, les característiques i les actituds del terapeuta en l'execució de la seva labor. Aquest estil personal es compon de les cinc funcions següents:

- **Funció instruccional:** les conductes del professional estan encaminades a l'establiment i la regulació de la teràpia, com el conjunt de normes que componen el tractament i la prescripció de tasques.
- **Funció expressiva:** són les accions que du a terme el terapeuta per a mantenir la comunicació emocional amb el seu pacient, com un aspecte nuclear de l'empatia.
- **Funció d'involucració:** totes aquelles conductes explícites i implícites vinculades amb el compromís que està disposat a assumir el terapeuta en el seu treball.
- **Funció atencional:** es tracta de la recerca d'informació necessària per operar terapèuticament. En quina mesura el terapeuta mobilitza els mecanismes atencionals.
- **Funció operativa:** aquelles accions vinculades directament amb les intervencions terapèutiques específiques i amb les tècniques utilitzades.

Johannessen (2015) al seu treball final de grau cita a Vargas (2011) de qui cal destacar els principis bàsics que ha de reunir un terapeuta durant el tractament amb persones addictes a l'alcohol. A través d'aquests podrem observar la càrrega emocional que pot suposar el treball amb persones addictes. Els principis generals són aquests:

- El terapeuta ha de mostrar empatia cap al pacient i mostrar-se sensible davant la seva casuística per poder conèixer en quin moment es troba l'usuari pel que fa al seu procés terapèutic.
- El professional ha de marcar la discrepància entre les conductes que el subjecte desitja i les conductes reals a les què s'han de fer front.
- Cal evitar les discussions i treballar des de les propostes i suggestions.
- El terapeuta ha de ser capaç de controlar la resistència i ha d'emprar la reflexió perquè sigui el propi pacient qui decideixi canviar una conducta.

- Donar suport a l'autoeficàcia, reforçant la creença que el pacient pot aconseguir el canvi que es proposa.

4.2.1. Com és el pacient addicte?

Les addiccions, ja sigui el consum de tòxics, l'alcoholisme, els trastorns alimentaris o l'abús de l'espai digital; exerceixen una forta influència damunt les emocions i els pensaments de qui les pateix. És clar que cap persona està exempta de ser víctima d'una dependència, sigui cap a les drogues o cap a un comportament (addicció a les compres, al sexe, al joc, etc.)

Prenent com a referència el DSM-V, i posant l'accent en els trastorns relacionats amb substàncies i trastorns additius aquests engloben múltiples trastorns, entre els quals hi trobem:

- Trastorns relacionats amb l'alcohol.
- Trastorns relacionats amb la cafeïna.
- Trastorns relacionats amb el cànnabis.
- Trastorns relacionats amb els al·lucinògens.
- Trastorns relacionats amb els inhalants.
- Trastorns relacionats amb el opiàcis.
- Trastorns relacionats amb els sedants, hipnòtics o ansiolítics.
- Trastorns relacionats amb els estimulants.
- Trastorns relacionats amb el tabac.
- Trastorns induïts per altres substàncies.
- Trastorns no relacionats amb substàncies.

Tal i com veiem, els joves que duen a terme un procés terapèutic a causa d'una addicció, en el cas de la fundació Projecte Home Balears, solen vincular-se a un dels trastorns que s'han esmentat amb anterioritat. Per poder veure més clarament, aquells aspectes que són rellevants a l'hora de valorar un d'aquests trastorns, anem a especificar el cas del

trastorn relacionat amb els estimulats, ja que, tal i com hem explicat, el consum de cocaïna està molt generalitzat a la nostra societat, tant en dones com amb homes.

Així doncs, per a parlar d'un trastorn relacionat amb els estimulants, s'ha de donar un model de consum d'amfetamines, cocaïna o altres estimulants que provoqui un deteriorament o malestar clínicament rellevant i que es manifesti en un termini de 12 mesos amb dos o més dels següents ítems:

- 1) Es consumeix amb freqüència en quantitats superiors o durant un temps més prolongat del previst.
- 2) Existeix un desig permanent o esforços fracassats d'abandonar o controlar el consum d'estimulants.
- 3) S'inverteixen molts diners en les activitats necessàries per aconseguir la substància, consumir-la o recuperar-se dels seus efectes.
- 4) Poderós desig o necessitat de consumir estimulants.
- 5) Consum recurrent d'estimulants que condueix a l'incompliment dels deures, fonamentalment, del lloc de feina, l'escola o la llar.
- 6) Consum continuat d'estimulants a pesar dels problemes socials o interpersonals.
- 7) Abandonament o reducció d'activitats socials, professionals o d'oci.
- 8) Consum en situacions de risc.
- 9) Consum continuat malgrat es sofreixi un problema físic o psicològic persistent.
- 10) Tolerància referida a: necessitat de consumir cada vegada majors quantitats o un efecte reduït després del consum.
- 11) Abstinència manifestada per: presència de la síndrome d'abstinència o el consum de la substància per evitar la síndrome.

Amb aquesta exposició del DSM-V queda reflectida una part important de la persona drogodependent. Existeixen evidències de que l'abús de substàncies està relacionat amb el deteriorament cognitiu, per una part, afecta al domini neuropsicològic (memòria, processament emocional, presa de decisions,...), i per una altra banda, segons sigui el grup de substàncies consumides, hi haurà majors afeccions en un àmbit concret. Per

exemple, si ens referim al consum d'alcohol i psicoestimulants aquests perjudiquen al comportament impulsiu i a la inflexibilitat cognitiva; mentre que l'alcohol i MDMA estan relacionats amb alteracions en el processament espacial, velocitat perceptiva i l'atenció selectiva.

La prevalença estimada de deteriorament cognitiu en persones addictes varia entre un 30% i un 80% depenent de les tècniques d'avaluació utilitzades. Malgrat això, les repercussions en el funcionament quotidià poden resultar molt importants i amb greus conseqüències. Seguint amb la mateixa idea, els pacients que inicien un tractament terapèutic no posseeixen un bon rendiment cognitiu, ja que mostren dificultats atencionals i de comprensió; la qual cosa fa més complicat el treball, la participació i la realització de tasques individuals o grupals. Aquest deteriorament cognitiu repercuteix en l'aprenentatge i la capacitat de concebre nova informació. Aquest fet provoca una baixa adhesió al tractament, l'incompliment de les normes establertes i una major probabilitat de no finalitzar el procés rehabilitador. (Pedrero, 2011)

Investigacions recents, mostren la importància que té la intel·ligència emocional davant del consum substàncies. Mata, et. al (2020) senyalen que les capacitats per a la descodificació i la regulació emocional són decisives en el tractament terapèutic. També mencionen que el col·lectiu de persones drogodependents té perjudicat el factor emocional, la qual cosa desemboca en la incapacitat per a regular els estats emocionals que conflueixen i són més susceptibles en el consum de drogues. Els mateixos autors, conclouen sobre el fet que baixos nivells d'Intel·ligència Emocional es lliguen amb un consum de tòxics més intens i problemàtic.

Els adolescents emocionalment intel·ligents presenten una major salut física i psíquica que els permet gestionar millor els problemes emocionals. Alguns estudis demostren un menor nombre de símptomes físics, baixos nivells d'ansietat, de depressió i d'intents de suïcidi, i un major ús d'estratègies d'enfrontament positiu cap a la resolució de problemes

Els adolescents amb una baixa IE presenten una major predisposició a desenvolupar conductes de risc, com ara: el consum d'alcohol o de drogues. Amb contraposició, aquells amb una IE treballada són capaços de fer front a les diverses situacions i a la gestió de les emocions que se'n deriven. Amb això, els autors destaquen que la IE

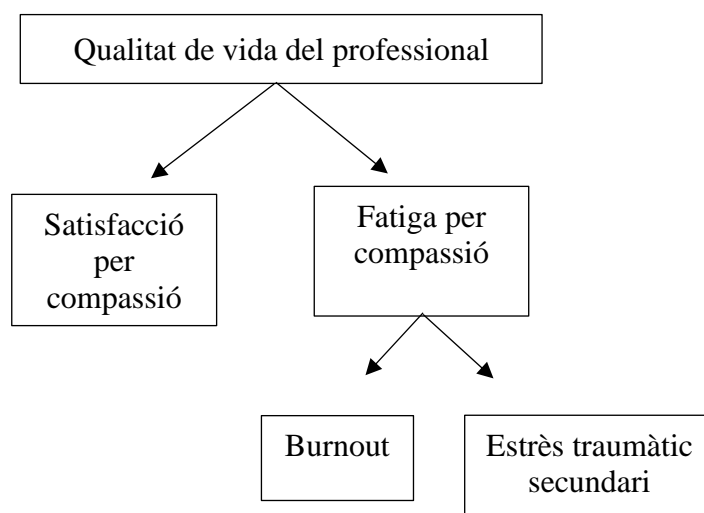
repercuteix positivament en aquest àmbits: l'ajustament psicològic, el rendiment acadèmic, les relacions socials i les conductes agressives. (Extremera & Berrocal, 2013)

4.2.2. Les conseqüències emocionals del treball terapèutic

Als apartats anteriors, hem pogut observar el mètode, les tècniques i els principis amb els quals s'ha de constituir una bona relació entre el terapeuta i el pacient addicte. Al llarg d'aquest apartat, es farà incís sobre les conseqüències que pot tenir el treball diari del terapeuta amb aquests usuaris.

Abans d'entrar en matèria és necessari clarificar alguns conceptes que es solen emprar indistintament a l'hora de descriure les reaccions psicològiques que els professionals experimenten a causa de la seva feina amb pacient o usuaris que han sofert o sofreixen algun trauma. Els termes són els següents: la traumatització vicària, l'estrès traumàtic secundari, la fatiga per compassió i el Burnout. Tot i que al llarg d'aquest treball, incidirem més concretament en el darrer d'ells, el Burnout; trobem adient fer una breu exposició que permeti comprendre cada un dels termes que estan relacionats, no només amb el Burnout, sinó també amb la qualitat de vida del professional terapeuta.

Anem, doncs, a exposar de manera esquemàtica els conceptes que intervenen i als que volem fer referència. Seguint el *Model de Qualitat de Vida Professional (Stamm, 2010)* hi trobam:



Taula 1: Model de Qualitat de vida del Professional (Stamm, 2010).

Font: elaboració pròpia.

A continuació, s'explicarà amb més detall aquest esquema per, llavors, posar el focus d'atenció en el Burnout.

Així com ens explica, Martínez (2014) la qualitat de vida del professional és de la manera en què es sent el terapeuta pel que fa al desenvolupament de la seva feina en relació amb els pacients. Si el professional rep influències positives en el seu entorn laboral, és a dir, sent plaer a l'hora de treballar amb persones que requereixen ajuda, doncs, feim referència a la *satisfacció per compassió*. Algunes situacions més descriptives d'aquesta satisfacció són: l'agraïment que rep el professional per part dels seus pacients; la sensació de que la seva feina resulta de gran utilitat; les bones relacions entre els companys o el reconeixement professional per part de l'organització.

Contràriament, quan les influències rebudes es determinen com a negatives, estem parlant de *fatiga per compassió*. Aquest és un concepte més ampli que s'empra per a descriure totes aquelles experiències d'esgotaments psicològic i emocional que experimenten els terapeutes o altres professionals de la salut degut a l'ús continu de l'empatia cap a usuaris que estan sofrint.

D'aquest darrer concepte, se'n deriven dues casuístiques interrelacionades: el *Burnout* i l'*estrès traumàtic secundari*. La primera es manifesta a través de l'esgotament, la frustració, la ràbia i la depressió a causa de la despersonalització al lloc de feina i d'un estat d'esgotament emocional continuat en el temps.

La segona és que és un sentiment negatiu a causa de l'ajuda i l'empatia atorgada als pacients que han sofert un trauma. Segons descriu Fingley (2013) apareix com a resultat d'una relació empàtica amb una persona que ha sofert o sofreix una experiència traumàtica i sent testimoni d'aquestes vivències intenses i desagradables que l'altra persona viu o ha viscut. El mateix autor exposa que representa un estat d'esgotament i una disfunció biològica, psicològica i social com a conseqüència de recordar les doloroses vivències dels pacients.

Tot això, pot conduir a: pensaments intrusius, records traumàtics, dificultats per a concentrar-se, insomni, explosions d'ira, etc. Normalment, la simptomatologia comença ràpidament i sol estar associada a un esdeveniment en concret.

Per a concloure sobre les conseqüències emocionals del treball del terapeuta; s'exposa un llistat de signes d'alerta que ens atorga Mathieu (2012) diferenciats als tres nivells (físic, comportamental i psicològic).

Signes a nivell físic	Signes a nivell psicològic	Signes a nivell comportamental
Esgotament físic	Distanciament de la gent	Absentisme laboral
Insomni o hipersòmia	Depressió	Ràbia i irritabilitat
Mal de cap o migranya	Incapacitat per a tolerar sentiments forts	Manca de compromís amb el pacient
Somatització o hipocondria	Insensibilitat emocional	Evitar escolar experiències de sofriment per part dels usuaris

Taula 2: Senyals d'alerta segons Mathieu (2012).

Font: elaboració pròpia

4.2.3. El Burnout i el treball del terapeuta

En primer lloc, cal mencionar el terme *Burnout* que fou descrit pel psiquiatre Herbert Freudenberger l'any 1974, moment en què s'incloué a la literatura mèdica; com el desgast i la fatiga que sent la persona degut a les demandes excessives d'energia, força o recursos. Les investigacions sobre la síndrome tenen gran rellevància degut a la seva afectació, ja que, per una banda, afecta negativament a l'estat psíquic i la qualitat de vida del professional que la pateix i; d'altra banda, pot ser perjudicial també per la salut dels pacients.

El concepte Burnout al·ludeix a l'estat de fatiga psicològica experimentat per aquelles persones en el seu lloc de treball en el què mantenen contínues relacions amb altres subjectes i es troben exposats a la prolongació de la fatiga, l'hostilitat i a la disconformitat. Les experiències individuals i persistents sobre estats emocionals negatius enfront ells mateixos i la seva tasca provoquen l'esgotament emocional, la despersonalització i

minven la percepció de l'èxit. Tal i com ens correspon en aquest treball, cal assenyalar que els professionals de la salut són un col·lectiu especialment vulnerable davant el Burnout. Els terapeutes ocupacionals experimenten alts nivells de d'estrès relacionats amb la seva feina, per això requereixen d'un coneixement especialitzat i un enfocament concret pel desenvolupament del procés terapèutic. Així doncs, anem a analitzar les conseqüències que poden esdevenir d'aquest esgotament psicològic, entenent que el Burnout és una reacció psíquica davant un estat d'ansietat emocional constant que afecta a la pròpia salut i empitjora la qualitat del treball. A més, genera múltiples problemàtiques com ara: l'absentisme laboral, el baix rendiment i manca de satisfacció i de compromís laboral (Park, 2021).

La necessitat d'estudiar el Burnout torna més rellevant en els serveis d'atenció a drogodependents. La promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la rehabilitació són labors satisfactòries pels terapeutes, tot i que, alhora, els generen problemes i dificultats relacionades amb una alta tensió laboral. Així el Burnout resulta una amenaça pels equips de la salut.

Maslach i Jackson (1999) varen definir el terme com una resposta inadequada davant d'un estrès emocional crònic que es caracteritza per l'esgotament emocional, una actitud distant i despersonalitzada davant les relacions interpersonals, juntament amb una disminució de la realització personal. Tot seguit, es descriuran aquests factors:

- L'esgotament emocional suposa un augment dels sentiments de fatiga emocional com a resultat d'excessives demandes psicològiques i emocionals. En el moment en què els recursos per a fer front a aquestes situacions s'esgoten, doncs, es desenvolupen actituds i sentiments negatius cap als pacients.
- L'actitud distant i la despersonalització fan referència a la tendència del professional disminuir l'interès cap als pacients i desenvolupar actituds distants.
- La manca de realització personal és la tendència dels professionals a auto-avaluar-se negativament en la valoració de la seva feina.

En aquest sentit, podem afirmar que ambdós autors establiren les bases per a la realització d'estudis a partir de la creació i la validació d'un instrument de mesura dissenyat pels mateixos: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), amb el qual ens basarem per a la realització de la nostra proposta que serà exposada més endavant.

Tal i com ressalta Mesa (2019), no només són els factors organitzacionals i laborals els que influeixen i determinen el burnout, sinó que també existeixen factors i habilitats personals, tal i com s'ha evidenciat científicament; que comprometen els nivells globals de l'estrès laboral. En resposta a això, la IE atorga a l'individu la capacitat per a gestionar satisfactòriament les seves emocions i permet entendre la funció dels mecanismes d'adaptació emocional enfront a situacions estressants o desagradables.

Davant aquesta realitat és necessari desenvolupar estratègies preventives per a reduir la incidència del Burnout amb potenciar aquells aspectes que siguin capaços de combatre l'esgotament psicològic. Segons Escudero, et. al (2020), cal destacar nombrosos factors de risc que augmenten notablement el risc de patir Burnout per part dels terapeutes, en el cas d'Espanya, els nivell es troben en un 69.4% dels terapeutes que ja pateixen la síndrome; mentre que un 63.5% pateixen esgotament emocional.

Alecsiuk (2015) afirma que:

La intel·ligència emocional compliria un paper important en l'enfrontament de les situacions estressants [...] Específicament, el poder identificar i gestionar les emocions d'un mateix i tenir empatia cap als altres, permet raonar i reflexionar de manera més efectiva i intel·ligent, sobre una situació problemàtica. (Alecsiuk, 2015, p.45)

Un autor rellevant en aquest àmbit i al qual farem servir de referència per al nostre programa formatiu és Michael Balint de qui destaquem les seves aportacions sobre el rol del metge en la vida dels subjectes arribant, fins i tot, a comparar-lo amb educadors o pares. Tal com ens explica Daurella (2013), Balint proposa la substitució del diagnòstic mèdic tradicional pel diagnòstic global, incidint en la idea de que no només cal fixar-se en la simptomatologia de la malaltia, sinó que també són clau elements com ara: l'ambient que envolta al subjecte, la manera en que el metge es relaciona amb el seu pacient, així com, els sentiments que es desperten de la relació entre ambdós. D'aquí apareix la cèlebre metàfora: "la medicina més emprada és el propi metge", recalcant,

igual que Agrelo (2011) la importància de la interacció durant el tractament entre el terapeuta i el pacient i el vincle entre ambdós.

La tècnica que se'n deriva d'aquest autor de referència són els grups Balint que, varen néixer a la dècada dels 50 i, en els seus inicis, com ens descriu Buitrón (2012) eren grups homogenis de metges que investigaven i aprenien sobre la relació metge-pacient a través de supòsits, els quals eren atorgats i dirigits per una persona neutra la qual realitzava preguntes i escoltava les diverses opinions, respostes, etc. Davant això, cal ressaltar els principals inconvenients que suposaren aquests grups de reflexió (Buitrón, 2012):

- Requereix d'un compromís, puntualitat i assistència regular.
- La neutralitat del conductor o mediador dificultava l'empatia amb els integrants.
- Els grups no poden representar sempre aquelles situacions que exigeixen una resposta ràpida i concreta no planificada.
- La duració de 90 minuts dels grups resultava ser massa després de la jornada de treball.

Tot i els nombrosos hàndicaps a l'hora de posar en funcionament aquests grups, creiem en la funcionalitat d'aquesta tècnica pel desenvolupament d'algunes sessions de la proposta, ja que, la fem servir temporalment i donant-la a conèixer com a estratègia susceptible de rebre modificacions, sobretot, pel que fa a la neutralitat del/la mediador/a, ja que si es pretén prevenir el burnout i/o l'estrès traumàtic secundari és fonamental empatitzar amb els professionals.

4.2.4. Mindfulness per a la millora de les habilitats del terapeuta.

En el seu article, Araya-Véliz & Porter (2017), expliquen la pràctica del mindfulness com una habilitat per a focalitzar l'atenció en un quelcom determinat, el que es coneix com atenció plena. Fa referència a la capacitat per a prestar atenció de forma sostinguda en el temps. En aquest sentit, entenem que aquesta habilitat és fonamental pel grup de professionals als quals hem descrit al llarg del treball, els terapeutes. Per què és tan important per a la seva labor? Doncs, no només per a desenvolupar una tasca més eficient, amb una escolta activa que millori la comprensió i afavoreixi l'empatia i el vincle amb el pacient; sinó també perquè el mateix professional sigui capaç de prestar-se aquesta atenció a sí mateix, atendre a les seves pròpies emocions, sentiments i respostes del seu cos mentre que desenvolupa la seva labor. A més, exposen que el terapeuta que s'ha entrenat en la pràctica del mindfulness és capaç d'estar present sense tenir en compte si la situació és agradable o desagradable. En aquest sentit, pot centrar-se en la seva tasca i posar tota l'atenció a la informació que li arriba, sent capaç de gestionar-la de forma eficient per a convertir-la en una font valuosa d'informació que recau positivament en el procés terapèutic.

La seva pràctica regulada permet millorar aquesta habilitat per a prestar una atenció plena i atorga a qui la domina la capacitat d'observar i comprendre una emoció en el moment en què sorgeix i comprendre les atribucions i la tendència a respondre d'una forma concreta.

Tal i com ens expressen els autors citant a Germer, Siegel i Fulton (2005), la pràctica de l'atenció plena permet al professional que la practica comprendre de quina manera es construeix el seu món acceptant i reconeixent els seus patrons de conducta i desenvolupant una actitud de comprensió cap a la seva pròpia experiència.

Seguint amb Araya-Véliz & Porter (2017), a continuació s'exposaran els efectes que genera la pràctica del mindfulness relacionat amb la pràctica terapèutica:

- Major regulació emocional.
- Augment de l'escolta activa.
- Major benestar psicològic.

- Augment de la tolerància davant emocions difícils.
- Major assertivitat a l'hora d'actuar.
- Major capacitat d'observació del llenguatge no verbal del pacient.

Una vegada presentada la pràctica del mindfulness i els seus beneficis per als terapeutes anem a conèixer els instruments de mesura que estan relacionats amb la Intel·ligència Emocional i que ens seran d'utilitat per a la nostra proposta.

4.3. Els instruments de mesura relacionats amb la IE

Al llarg dels anteriors apartats, s'ha confirmat la importància que tenen les habilitats socials i emocionals dels professional terapeutes respecte al desenvolupament i, per conseqüent, l'èxit del tractament terapèutic. Cal apuntar cap aquestes habilitats (l'empatia, l'agraïment, la força emocional, etc.) a l'hora de mencionar els diversos instruments que tenim per a mesurar la Intel·ligència Emocional.

L'empatia, sobretot, ha estat una de les capacitats més recurrents i rellevants que han de posseir els terapeutes per poder acompanyar al subjecte durant el llarg procés terapèutic que suposa la desintoxicació i la reinserció socio-laboral.

Entre els diversos instruments de mesura, trobem mètodes diversos, com ara: aquells basats en qüestionaris auto-administrables, les avaluacions d'un observador, les neuroimatges, etc.

Per aquest fet i seguint a Olivera (2011), una revisió general sobre les investigacions del concepte d'*empatia* va permetre la creació d'un llistat amb els instruments més emprats per l'avaluació d'aquesta. Malgrat que hi ha una gran heterogeneïtat entre els instruments només incidirem en aquells instruments dels quals farem ús per a dur a terme el nostre Programa de gestió emocional, tant per a mesurar l'empatia com el burnout.

Així doncs, destacam l'escala de Thomas Jefferson i la de Maslach Burnout Inventory, més conegut com a MBI.

- L'escala d'empatia de Jefferson és un instrument àmpliament emprat per a mesurar l'empatia en el context dels professionals de la salut que estan en contacte directe amb pacient. L'instrument està conformat per 20 ítems que

pretenen valorar específicament l'empatia en el context esmentat anteriorment. Cada enunciat es respon mitjançant una escala tipus *Likert* de 7 punts (significat 1 totalment en desacord i 7 totalment d'acord). La meitat dels ítems estan redactats positivament, els quals puntuen directament i l'altra meitat negativament, de manera que ens atorguen una puntuació inversa.

Existeixen tres versions disponibles de l'escala Jefferson. Totes elles són molt semblants en quant a continguts, només es diferencien en alguns termes perquè pugui ajustar-se millor a la població a la qual es dirigeix. A continuació, s'exposaran breument les tres versions:

- a) La primera s'administra als estudiants de medicina i es coneix com a versió S.
- b) La segona es desenvolupà per ser administrada als professionals del camp de la salut, com ara: metges, infermers, dentistes, psicòlegs clínics i d'altres que estigui vinculats amb l'atenció al pacient. Aquesta es la versió HP.
- c) La tercera i última versió, coneguda com versió HPS-Versió fou pensada per administrar a tots els professionals de la salut i als estudiant, exceptuant els de medicina.

Aquesta ha estat reconegut com l'instrument més investigat i àmpliament utilitzat en investigació mèdica. (Hojat, et. al, 2018)

- L'MBI és el qüestionari més emprat per a valorar el burnout. Proporcionar tres dimensions per avaluar: l'esgotament emocional, la despersonalització i la reducció de la realització personal. Cal tenir en compte que aquesta eina fou dissenyada per emprar amb professionals sanitaris o assistencials.

Tal i com descriuen Moreno-Jiménez, et. al (2005), les primeres avaluacions sobre aquests constructes eren simples descripcions realitzades a través de l'observació clínica. Amb el temps, els instruments es varen ampliar cap a entrevistes estructurades, auto-avaluacions amb escales d'estimació i qüestionaris. Foren Maslach i Jackson (1981) els qui començaren a crear les bases conceptuals i empíriques sobre el burnout, creant així el primer instrument de mesura: el *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Ha suposat una fita fonamental en la investigació, malgrat això, actualment, l'avaluació de la síndrome no ha de quedar restringida només a aquesta eina, sinó que s'ha de complementar amb altres instruments per a poder tenir resultats cada cop més fiables.

- El TMMS-24 és una escala que s'empra en l'avaluació de la IE percebuda. Aquesta pretén mesurar les habilitats amb les que som conscients de les pròpies emocions, així com de la pròpia capacitat de regulació. Està composta per 24 ítems que són puntuats amb una escala tipus Likert de cinc punts, els quals venen agrupats en aquestes tres dimensions: l'atenció emocional, la claredat emocional i la reparació emocional. Aquest instrument és auto-administrable i pot administrar-se tant individualment com col·lectivament.

5. Programes de gestió emocional aplicats a terapeutes de l'àmbit de les addiccions

Abans de començar amb l'exposició i descripció dels diversos programes de gestió emocional que s'han trobat; cal esmentar quin ha estat el procés de recerca bibliogràfica per aquests documents. Aquesta s'ha duit a terme mitjançant diferents bases de dades, les més utilitzades han estat les següents: ERIC, Epistemonikos, CSIC, Dialnet, Scopus i Medline. En aquestes les paraules clau emprades han estat: Program Emotional Intelligence for addiction therapist; Emotional management program; Personality of drug addicts; Inteligencia Emocional, Programa Inteligencia Emocional; Mindfulness para terapeutas.

Una vegada realitzada aquesta recerca bibliogràfica, ha estat necessari filtrar els documents disponibles segons dos criteris: per una banda, la data de publicació (des de 10 anys enrere) i, per altra banda, l'idioma (anglès i espanyol). Cal esmentar que, en aquest epígraf només ens referim a la bibliografia en quant a *programes formatius*, mentre que per a la completa realització d'aquest treball s'ha utilitzat una àmplia bibliografia, la qual també deriva de les mateixes bases de dades.

Així doncs, a continuació s'exposaran de forma resumida aquells programes d'intel·ligència emocional que poden aplicar-se als terapeutes o altres professionals de

la salut que requereixen d'una gestió emocional davant un treball que pot desencadenar en burnout o en estrès traumàtic secundari.

- *Aplicació d'un programa de mindfulness en professionals d'un servei de medicina intensiva.*

Aquest programa es presenta com un taller de mindfulness que es desenvolupa al llarg de 8 setmanes i que compta amb petites pràctiques guiades de forma virtual, de manera que cada setmana s'enviava el material digital (audio i vídeo) amb propostes i missatges estimulants per a dur a terme la sessió. L'estudi es centra en professional de la salut, concretament metges/esses, infermers/es i tècnics: són 41 metges/esses (el 20% dones), 80 infermers/eres (40.6% dones) i 50 tècnics (34.4% dones). Amb total, el 81.3% va afirmar no tenir cap tipus d'experiència en aquesta tècnica. Es conclou que aquest programa de mindfulness, recolzat amb una comunitat virtual; ha demostrat efectes psicològics i cognitius que generen major benestar en els professionals i repercuteixen en el burnout, minvant l'esgotament emocional i augmentant l'autocompassió.

- *Prevenió del burnout i l'estrès traumàtic secundari: avaluació d'una intervenció grupal.*

Aquest estudi compta amb una mostra de 24 participants voluntaris (21 dones i 3 homes) qui exercien funcions de direcció en organitzacions les quals atenen a població vulnerable. Varen ser 20 sessions grupals de 3 hores de duració cada una. La intervenció fou de caràcter preventiu per a treballar des de dos angles: per una banda, la teràpia grupal interpersonal i, d'altra banda, una intervenció psico-educativa. El component terapèutic es va fer en base a un manual de teràpia grupal que incloïen dinàmiques pre-dissenyades i la lliure interacció entre els participant.

El component psico-educatiu es va basar en la lectura d'un llibre de treball estructurat per a promoure la reflexió personal i compartida.

Els resultats mostren un efecte positiu de la intervenció referent als símptomes d'esgotament emocional, depressió, burnout i ansietat.

- *Managing Emotions and Coping in a Context of Work Intensification.*

A través d'aquest estudi sobre com fer front a un treball intensiu; la protagonista redacta, en forma de diari, algunes activitats que afavoreixen a millorar la capacitat de lideratge i garantir que els participants s'involucrin en el treball emocional. Les activitats inclouen:

- a) Identificació i avaluació de les estratègies de regulació emocional:

En petits grups, els participants discuteixen sobre el cicle d'emocions i quines experiències són les que intensifiquen l'esgotament en el lloc de feina. Posteriorment, es proposa una lectura, després de la qual els participants hauran de ser capaços d'extreure les estratègies emprades per a fer front a aquesta intensificació i que ajuden a la gestió emocional.

- b) Joc de rols amb guió i improvisat:

El role-playing proporciona als participants un apropament entre la teoria i la pràctica de la col·laboració.

- c) Reflexió estructurada:

Ajuda a identificar les influències internes inconscients.

El programa evidencia com el treball d'aquests diversos aspectes ajuden a millorar la gestió emocional de l'individu davant d'una situació problemàtica o que li resulta conflictiva.

- *Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama.*

Tot i que aquest col·lectiu, de dones amb càncer de pit, no és el nostre grup destinatari en aquest treball, sí que podem extreure informació rellevant des del programa que s'ha duit a terme pel que es refereix al programa d'intel·ligència emocional proposat.

Aquesta investigació pretén el disseny, la implementació i l'avaluació d'un programa per a la millora de la IE. En base al model teòric de Salovey, Mayer i Caruso (1997) i les seves quatre dimensions relacionades amb la IE, els autors proposen una sèrie d'activitats que tenen com objectiu millorar cada una d'aquestes dimensions. Es varen dur a terme vuit intervencions d'una hora i mitja de duració cada una d'elles. L'estudi conclou amb millores estadísticament significatives que aproven l'eficàcia del programa.

Una vegada feta la revisió bibliogràfica dels diversos programes, continuarem amb la pròpia proposta de programa formatiu de gestió emocional, la qual s'ensenya al següent apartat.

- *Programa d'entrenament d'Intel·ligència emocional per a reduir l'ansietat en professionals d'infermeria que treballen amb pacients malalts de COVID-19.*

Aquest programa d'entrenament de dotze sessions, mostra una manera d'ajudar als professionals sanitaris a prendre consciència, conèixer i expressar les seves emocions davant una labor tan intensa com és el treball amb malalts de COVID-19. Tot i que aquest programa és una proposta que encara no ha estat aplicada; s'esperen uns resultats significativament positius amb aquells que l'hauran pogut experimentar.

En aquest sentit, en la nostra proposta, exposada a continuació, s'utilitzarà l'eina del *diari emocional*, explicada en aquest programa de Pérez (2022), per a treballar amb els terapeutes de *Projecte Home Balears*.

6. Proposta d'intervenció: Programa formatiu per a la gestió emocional

6.1. Descripció del programa

Aquesta és una proposta d'un programa formatiu adreçat als terapeutes de l'associació *Projecte Home Balears*, qui desenvolupen la seva tasca amb joves que pateixen alguna addicció, amb l'objectiu de millorar la gestió emocional d'aquests professionals envers al seu lloc de treball.

El programa està constituït a partir d'una sèrie de sessions mitjançant les quals es desenvoluparan dinàmiques i estratègies per a millorar la intel·ligència emocional d'aquest col·lectiu destinatari.

Anem a veure, més detalladament, amb què consisteix el programa formatiu.

TÍTOL: Programa formatiu de gestió emocional per a terapeutes.
JUSTIFICACIÓ Aquesta programa sorgeix de la necessitat detectada a la fundació <i>Projecte Home Balears</i> , més concretament en aquells professionals que treballen a diari amb joves amb addiccions i han de fer front a situacions i emocions fortes i negatives que afecten, no només en el rendiment laboral (esgotament físic o manca de motivació) sinó també a nivell personal (esgotament emocional, despersonalització).
OBJECTIU GENERAL: Ofereix formació per a gestionar les emocions en el lloc de treball.
OBJECTIUS ESPECÍFICS: <ul style="list-style-type: none">▪ Prevenir el burnout i l'estrès traumàtic secundari dels treballadors/es.▪ Donar pautes i estratègies per afrontar situacions crítiques que posen en perill l'estat emocional del terapeuta.

- Desenvolupar un clima de confiança per a poder parlar obertament sobre l'estat emocional de cada subjecte.

DESTINATARIS:

El programa va adreçat, en un primer moment, als terapeutes que treballen amb els joves; tot i que, hi ha possibilitat d'ampliar-ho a tot el col·lectiu de professionals que duen a terme teràpies de la mateixa associació.

CONTINGUTS I COMPETÈNCIES QUE ES TREBALLARAN:

Els continguts que es treballaran amb aquest programa són els següents:

- Conèixer que són el burnout i l'estrès traumàtic secundari: quines són les seves causes, la seva simptomatologia i en què es diferencien.
- Treballar la relaxació i la meditació a través del mindfulness.
- Participar en les pràctiques dialògiques.

Les competències que se'n derivaran d'aquests continguts seran aquestes:

- La competència emocional, l'autoconeixement i l'autoestima.
- La competència intrapersonal i interpersonal.
- La cohesió de grup.

TEMPORALITAT:

Pel que a la temporalitat d'aquest programa serà de quatre setmanes, amb un total de 12 hores de formació i tres hores diàries.

RECURSOS:Recursos humans:

- El/la ponent.
- Els terapeutes de *Projecte Home Jove*.

Recursos materials:

- Aules per a realitzar les sessions més teòriques i les dinàmiques de grup.

- Aula o espai ampli per a poder dur a terme les sessions de mindfulness.
- Ordinador, altaveus i projector de pantalla.
- Material fungible.

CRITERIS D'AVUACIÓ:

Pel que fa a la valoració del programa, es durà a terme una avaluació sumativa, ja que el que es pretén és millorar el rendiment laboral. En aquest cas, es passarà un breu qüestionari als treballadors per a poder observar quins són els seus coneixements previs sobre els diversos continguts (Annex 1). A més, després de cada sessió, s'oferirà un qüestionari de satisfacció (Annex 2), on podran senyalar el seu grau d'acord amb les classes i afegir les observacions pertinents. Finalment, en acabar les jornades, es tornarà a passar el mateix qüestionari que al principi per a valorar si hi ha hagut canvis, millores o progressos en quant als coneixements previs esmentats.

En aquest sentit, podem afirmar que l'avaluació serà de caire qualitativa, ja que ens permetrà analitzar les característiques i les problemàtiques del treballadors; a més, ens permetrà obtenir una visió general sobre el context en el quals ens ubiquem.

Taula 3: Descripció del programa formatiu

Font: elaboració pròpia

6.2. Cronograma

El calendari que es seguirà per al seu desenvolupament és flexible i queda obert pel que fa a: moment de posada en funcionament perquè s'acordarà amb l'entitat segons la disponibilitat, i els grups, ja que dependrà del nombre de participants en el moment de començar.

Es duran a terme un total de 12 hores de formació, distribuïdes en quatre jornades de 3 hores cada una d'elles. La formació es durà a terme un cop per setmana durant l'horari del matí, ja que hi ha resulta més còmode pels treballadors.

A continuació, s'exposa, en forma de cronograma, la planificació anual i els continguts que s'aniran aplicant al llarg de les sessions.

Activitats	Dades programades					
	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer
Avaluació prèvia	X					
Sessió 1		X				
Sessió 2		X				
Sessió 3		X				
Sessió 4		X				
Avaluació posterior al programa				X		

Taula 4: Calendari del programa

Font: elaboració pròpia

Octubre 2022					
3	4	5	6	7	
		Sessió 1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conèixer el burnout i l'estrès traumàtic secundari. 			
10	11	Sessió 2: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Treballar la relaxació i meditació amb el mindfulness. 	12	13	14
17	18	Sessió 3: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar en pràctiques dialògiques. 	19	20	21

24	25	26	27	28
		Sessió 4: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar en pràctiques dialògiques. 		
31				

Taula 5: Cronograma dels continguts

Font: elaboració pròpia

6.3. Seqüència d'activitats

Respecte a la seqüenciació de les sessions, tot seguit, s'explica detalladament cada una de les quatre sessions que es duran a terme.

Número de la sessió: 1
<p>Descripció de la sessió:</p> <p>Durant la primera jornada, es farà una explicació als treballadors sobre dos aspectes claus els quals estan involucrats en la gestió emocional a l'àmbit laboral: per una banda, el burnout i, per altra banda, l'estrès traumàtic secundari. A més, s'introduirà el <i>diari emocional</i> com eina perquè els terapeutes vagin treballant des de casa, els seus sentiments davant aquelles situacions conflictives concretes.</p> <p>La idea és treballar aquests dos termes, de manera que els terapeutes siguin capaços de diferenciar-los, reconèixer quina és la simptomatologia associada a cada un i veure quines actuacions es poden dur a terme per a prevenir-ho. El desenvolupament es farà a través de dinàmiques per a donar la benvinguda al grup, de vídeos explicatius i de petites activitats que proposarà el formador per a posar a prova l'adquisició de coneixements. Per abordar aquesta primera sessió es facilitarà als terapeutes implicats un qüestionari de coneixements previs per a saber de quin nivell partim. A l'annex 1 hi trobem aquest instrument i a l'annex 3 hi trobem el desenvolupament d'aquesta sessió.</p>
Objectiu general de la sessió: Prevenir el burnout i l'estrès traumàtic secundari.

<p>Objectius específics:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconèixer la simptomatologia de cada un d'ells. ▪ Ser capaç de proposar estratègies per prevenir la situació.
<p>Recursos necessaris:</p> <p><u>Recursos humans:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El formador. ▪ Els treballadors. <p><u>Recursos materials:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aula. ▪ Ordinador, altaveus i projector de pantalla. ▪ Accés a Internet.

Taula 6: Sessió 1

Font: elaboració pròpia

<p>Número de la sessió: 2</p>
<p>Descripció de la sessió:</p> <p>Durant la segona jornada, es durà a terme un taller de Mindfulness amb el qual es pretén que els treballadors puguin experimentar reaccions positives agradables i de benestar. Serà una sessió dedicada a ensenyar com dur a terme la meditació des de casa, oferint recursos perquè siguin ells mateixos els qui puguin realitzar-ho.</p> <p>Amb tot això, es realitzarà una sessió guiada de mindfulness que tindrà una durada de 60 minuts aproximadament.</p>
<p>Objectiu general de la sessió: Dur a terme un taller de Mindfulness amb els terapeutes.</p> <p>Objectius específics:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mostrar la meditació com una eina per prevenir el burnout. ▪ Ensenyar els aspectes més rellevant d'aquesta disciplina. ▪ Atorgar als treballadors recursos perquè puguin treballar la meditació des de casa.

Recursos necessaris:Recursos humans:

- El formador.
- Els treballadors.

Recursos materials:

- Espai ample sense obstacles.
- Altaveus
- Material divers: cargoles, coixins.

Taula 7: Sessió 2

Font: elaboració pròpia

Número de la sessió: 3**Descripció de la sessió:**

Durant la tercera jornada, ens centrarem en pràctiques dialògiques, més concretament, el grup de reflexió Balint, a través del qual els treballadors tindran l'oportunitat d'explicar les pròpies experiències, les emocions i analitzar quines situacions ens generen major ansietat i com reconduir-les.

Per acabar, finalitzarem la sessió amb una rolada on cada un parlarà sobre els seus pensament, sentiments, emocions i dificultats que té durant el seu dia a dia en el treball i de quina manera li pot ajudar el suport del grup.

Objectiu general de la sessió: Desenvolupar un clima de confiança per a poder parlar obertament sobre l'estat emocional de cada subjecte.

Objectius específics:

- Conèixer cada un dels membres del grup.
- Prendre consciència de la importància de la cohesió del grup.

Recursos necessaris:Recursos humans:

- El formador.
- Els treballadors.

Recursos materials:

- Aula.

- Material fungible.

Taula 8: Sessió 3

Font: elaboració pròpia

Número de la sessió: 4

Descripció de la sessió:

Durant la darrera jornada, incidirem encara més en el grup de reflexió de Balint i, en aquest cas, treballarem el role-playing i l'alliberació de la tensió emocional.

Una de les finalitats és crear un ambient de companyerisme agradable i poder recórrer quan sigui necessari per a donar a conèixer una situació que en preocupa, amb la que no sabem com prosseguir, etc. Així com també poder demanar ajuda i suport als companys/es quan sentim que el nostre estat emocional no és l'adient.

Per això, en aquesta sessió els terapeutes exposaran aquells casos que els han resultat més difícils de gestionar i es representaran a través de role-playing.

Objectiu general de la sessió: Desenvolupar un clima de confiança per a poder parlar obertament sobre l'estat emocional de cada subjecte.

Objectius específics:

- Prendre consciència de la importància de la cohesió del grup.
- Donar suport als companys.

Recursos necessaris:

Recursos humans:

- El formador.
- Els treballadors.

Recursos materials:

- Aula.

Taula 9: Sessió 4

Font: elaboració pròpia

6.4. Avaluació prèvia i posterior del programa

L'avaluació, tal i com expressen Robledo i Ruiz (2020), s'orienta a la millora i pretén conèixer en quina mesura la formació ha pogut donar resposta a les necessitats detectades per part dels professionals, en el nostre cas, dels terapeutes. L'avaluació de la formació la defineixen, els mateixos autors, com: "una sèrie de processos de recollida d'informació orientats a l'emissió de judicis de valor respecte una intervenció educativa". En sí mateixa, tota avaluació proporciona informació rellevant que permet detectar els aspectes de millora del programa.

Una vegada feta aquesta explicació, anem a descriure l'avaluació prèvia i la posterior del nostre programa.

L'avaluació prèvia, tal i com el nom indica, serà aquella que es realitzarà en un primer moment, abans de la posada en funcionament del programa formatiu. En aquest sentit, es tractarà de facilitar a l'organització les diverses escales (Annex 6), explicades al llarg del treball, per a poder valorar l'estat emocional dels terapeutes abans de l'inici de la formació.

Per a concloure amb l'avaluació final del programa i valorar la seva efectivitat i la possible implementació de cara al futur; serà necessari contestar de nou els ítems de les diverses escales i fer-ne una comparació amb els resultats obtinguts de l'avaluació inicial. Es realitzarà una prova final 12 setmanes després de finalitzar el programa amb la intenció de contemplar si s'han generalitzat les conductes i els coneixements aportats. Aquesta darrera valoració es farà via online.

6.5. Pressupost i finançament

Materials / Serveis	Quantitat	Cost unitari	Preu total
Ordinador	1	550€	550€
Accés Internet	4 mesos	39€	156€
Altaveus	2	15€	30€
Fotocòpies	240	0.15	36€
Material fungible	10	3€	30€
TOTAL			802€

Taula 10: Pressupost del programa

Font: elaboració pròpia

El programa formatiu serà finançat per l'autora de la investigació.

6.6. Aplicabilitat del programa

Les expectatives que se'n deriven d'aquest programa són, per una banda, poder establir el programa de gestió emocional com a una formació pròpia de l'organització *Projecte Home Balears*, un cop les avaluacions hagin estat positives. En el cas de que la proposta sigui efectiva i s'estableixi com una formació que s'ofereix regularment, cal mencionar la necessitat d'actualitzar i/o modificar els continguts segons siguin les necessitats detectades en el moment de la formació.

Per una altra banda, també ens podem trobar en la casuística de donar a conèixer el programa formatiu a altres organitzacions dedicades a les addiccions perquè pugui formar part de la formació destinada a professionals que treballen a diari amb persones amb addiccions, com per exemple: el PADIB, Convivèxit, l'Institut Balear de la Joventut.

7. Conclusions

La labor del/la terapeuta és una professió amb un alt estrès laboral i un alt nivell d'exigències per part del pacient a qui tracten.

Amb la nostra proposta d'un programa formatiu de gestió emocional, es pretén millorar la Intel·ligència Emocional del grup de terapeutes que atenen a joves amb problemes d'addiccions. Aquest fet s'aconseguirà potenciant les habilitats necessàries i oferint estratègies i tècniques que ajudin als professionals a regular les seves pròpies respostes emocionals i, aconseguir, així una òptima salut emocional, la qual no només recau a nivell professional sinó també a nivell personal.

Tot i que la nostra proposta no s'ha posat en funcionament, els resultats que s'esperen amb la seva aplicació són els d'obtenir puntuacions significativament més altes en les diferents àrees que conformen la Intel·ligència Emocional, segons el model de Salovey, Mayer i Caruso (1978): la comprensió, la facilitació, l'expressió i la regulació emocional.

8. Referències bibliogràfiques

Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (1), 43-56

Aragonés, B., Capellas, R., García, M., Marín, H., Bellmunt, E., Fernández, A., García, V., Mullor, J., Bonet, X., García, J., González, F. & de la Rosa, A. (2019). Observatorio Proyecto Hombre. Sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. *Asociación Proyecto Hombre*. Recuperat des de: <https://proyectohombre.es/informe-observatorio/2013-2019/>

Agrelo, A. M. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas: la percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 15-54.

Alvear Mendoza, M. L., Jerez Bezenberger, R. M., & Lucero Chenevard, C. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología em Estudo*, 17, 183-193.

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach burnout inventory-general survey: An internet study. *Anxiety, Stress & Coping*, 15(3), 245-260.

Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93.

Besora, M. V. (1982). Entrevista con Carl Rogers. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 109-116.

Buitrón, J. M. R. (2012). ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte de Salud mental*, 10(44), 13-27.

Caruso, D., Mayer, J. & Salovey, P. (2011). *MSCEIT. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso*. TEA Ediciones.

Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M., & Ison, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 17-26.

Cejudo, J., García-Maroto, S. & López-Delgado, M. (2017). Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 35 (3), 239-246

Daurella, N. (s.f.). *La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada*.

Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95.

Escudero-Escudero, A. C., Segura-Fragoso, A., & Cantero-Garlito, P. A. (2020). Burnout syndrome in occupational therapists in Spain: Prevalence and risk factors. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 31-64.

Extremera Pacheco, N.& Fernández Berrocal, P. (2013). Inteligencia emocional en adolescentes. *Padres y maestros*, 352.

Fernández Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*.

Fernández Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*.

Figley, C. R. (2013). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion fatigue*, 1-20.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

García, L. (2000). Actitud en terapia Gestalt con drogodependientes. *Revista Informació Psicològica*, 74, 32-36

Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44, 33-40.

Gross JJ. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press (2014), 3–20.

Gutiérrez, A. (2007). La formación de profesionales en drogodependencias. *Revista Española del Tercer Sector*, 7, 227-23

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5), 899-920.

Johannessen, N.M.R. (2015). *Habilidades que debe poseer un terapeuta para trabajar con un paciente alcohólico* [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. Recursosbiblio.url.edu.gt

Mata, J. L. V., Oliva, E. I. P. N., Maldonado, G. E. M., Puente, L. A. R., & Pérez, L. A. P. (2020). Habilidades de la inteligencia emocional en relación con el consumo de drogas ilícitas en adultos: una revisión sistemática. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22.

Martínez González, A. S. (2014). *Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. UIB repositori: <http://hdl.handle.net/11201/866>

Martínez-Martínez, K. y Medina-Mora, M. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: el programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, 36(6), 505-512.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.

Mathieu (2012). Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization. *The Compassion Fatigue Workbook*.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27 (4), 267-298.

Mesa Castro, N. (2019). Influencia de la Inteligencia Emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene gris*, 13 (3). Recuperat des de www.ene-enfermeria.org

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa, E., & Morante, M. E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación, 161-182. *Dialnet*.

Olivera, J., Braun, M., & Roussos, A. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia*. Universidad de Belgrano. Recuperat des de: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2767>

Park, E. Y. (2021). Meta-Analysis of Factors Associated with Occupational Therapist Burnout. *Occupational Therapy International*, 2021.

Pedrero-Pérez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52(3),163-172.

Pérez Altarejos, M. (2022). *Programa de entrenamiento en inteligencia emocional para reducir la ansiedad en profesionales de enfermería que trabajan con pacientes enfermos de covid-19*. Universidad de Jaén. Recuperat des de: <https://hdl.handle.net/10953.1/17306>

Polonio-López, B., Triviño-Juárez, J. M., Corregidor-Sánchez, A. I., Toledano-González, A., Rodríguez-Martínez, M. C., Cantero-Garlito, P., Romero-Ayuso, D. M. (2019). Improving self-perceived emotional intelligence in Occupational Therapy students through practical training. *Frontiers in Psychology*, 10, 920. Recuperat des de: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00920>

Robledo, R. P., & Bueno, C. R. Evaluación de impacto de los programas formativos: aspectos fundamentales, modelos y perspectivas actuales. *Revista Educación*, 44(2), 1-13. Recuperat des de: <https://doi.org/10.15517/REVEDU.V44I2.40281>

Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., ... & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 95.

Stamm, B.H. (2010) *The ProQOL Concise Manual*. Recuperat el 15/02/2022, des de: <http://www.proqol.org>

de Vengoechea, G. P. (2001). Rogers su pensamiento profesional y su filosofía personal. *Psicología desde el Caribe*, (7), 60-69.

Villacreces, J. A. T., & Achi, V. H. Z. (2017). Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo. *Revista publicando*, 4(11 (1)), 162-181.

Zegarra-Valdivia, J., & Chino Vilca, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 189-199.

9. Annexos

Annex 1: Qüestionari de coneixements previs.

Nom:		
Edat:		
Anys d'experiència:		
Formació acadèmica:	Especialitat:	
Has realitzat formació complementària per la teva part?	SI	NO
Quina?		
Creus que influeix l'estat emocional en el lloc de treball?	SI	NO
Com anomenaries el fet de sentir-se bé amb la feina realitzada?		
<i>Satisfacció</i>	<i>Realització personal</i>	<i>Felicitat</i>
Creus que cal treballar en un lloc de feina on et sents frustrat constantment?		
	SI	NO
Coneixes el terme <i>burnout</i> ?	SI	NO
Coneixes el concepte d' <i>estrès traumàtic secundari</i> ?	SI	NO
Has participat en activitats formatives per a la gestió emocional?		
	SI	NO

Annex 2: Qüestionari de satisfacció.

Nom:

Data:

Marca el grau de satisfacció sobre la sessió realitzada, tenint en compte que 1 (gens) i 5 (molt bé)

- Grau de satisfacció amb el/la ponent:

1 2 3 4 5

- Grau de satisfacció amb els mètodes d'exposició:

1 2 3 4 5

- Grau de satisfacció dels continguts exposats:

1 2 3 4 5

- Grau de satisfacció amb el nivell dels continguts:

1 2 3 4 5

- Grau de satisfacció amb l'aplicabilitat dels continguts i/o les tècniques:

1 2 3 4 5

- Grau de satisfacció amb el clima de l'aula:

1 2 3 4 5

- Grau de satisfacció sobre les expectatives del programa:

1 2 3 4 5

OBSERVACIONS:

Annex 3: Sessió número 1

- La primera dinàmica que es durà a terme per a rompre amb un moment de desconeixença, serà “La pilota”. La dinàmica comença quant tots estem en cercle i el/la ponent té la pilota i es presenta de la manera que millor la representa (si li agrada canta, doncs, pot fer-ho cantant; cadascú pot mencionar aquells aspectes que li són més divertits o importants). Una vegada, el formador/a ha fet la seva presentació, passarà la pilota a una altra persona del cercle i aquesta a una altra fins que tothom es presenti.
- Els vídeos explicatius als que es fa referència per explicar el burnout i l'estrès traumàtic secundari són aquests: <https://youtu.be/gBbErzqOs8w> / <https://youtu.be/W3qd9cjlwhE>
- Després de la visualització dels vídeos, es passarà a resoldre preguntes, dubtes, qüestionar als oients sobre el que han vist i quina és la seva posició respecte a la seva feina i el seu estat emocional.

Per acabar, es durà a terme aquesta activitat: *Pren uns minuts per a reflexionar sobre tu mateix/a i la feina que fas cada dia. Escribeu què és el que t'aporta aquesta feina a tu com a persona.*

Annex 4: Sessió número 3

El grup de reflexió Balint d'aquesta sessió, utilitzarà tècniques verbals que inclouran:

- El relat d'experiències conflictives, com ara: cas d'usuaris dominants, cas de pacients que no segueixen les instruccions, cas d'usuaris invasius o altres proposats pels terapeutes.

Annex 5: Sessió número 4

El grup de reflexió Balint d'aquesta sessió, utilitzarà tècniques de role-playing que inclouran:

- Actuacions de situacions exposades amb anterioritat.
- Representació de diferents rols, amb intercanvi de papers.

- Exercicis de alliberament de tensió emocional, com ara: deixar-se caure per part d'un participant cap a un altre company/a.

Annex 6: Instruments de mesura

A continuació, s'exposen quatre qüestionaris anònims i confidencials, les dades dels quals seran processades per estudiar el nivell d'intel·ligència emocional grupal i les possibles variacions després del programa psico-educatiu de gestió emocional.

El codi d'identificació que sol·licitem és necessari per la comparació de les dades d'un mateix individu, però en cap cas servirà per relacionar els resultats amb la identitat del subjecte. Per això, demanem que escriguin el nom propi de la seva mare i l'edat (Exemple: Maria, 88)

Agraïm la vostra col·laboració

Escala TMMS-24

La TMMS-24 es basa en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grup d'investigació de Salovey y Mayer. L'escala original és una escala d'habilitat que avalua el metaconeixement dels estats emocional mitjançant 48 ítems. Concretament, les destreses amb les que podem ser conscients de les nostres pròpies emocions, així com de la nostra capacitat per a regular-les.

CODI (Nom de la mare, edat). Exemple n'Antònia té una mare que es nom Maria i té 88 anys seria **M88**): _____ Data: _____

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES			
Edat		Sexe	<input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> Home
Estudis:			
Has rebut formació específica sobre gestió emocional?			
<input type="checkbox"/> Sí			
<input type="checkbox"/> No			
Experiència professional com a terapeuta (anys):			
Situació familiar:			
<input type="checkbox"/> Vius sol/a			
<input type="checkbox"/> Vius amb amics			

<input type="checkbox"/> Vius amb parella
<input type="checkbox"/> Vius amb els teus pares o família
Tens fills?
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

A continuació, trobaràs algunes afirmacions sobre les teves emocions i sentiments. Llegeix atentament cada oració i indica, per favor, el grau d'acord o desacords amb respecte a elles.

Assenyala amb una "X" la resposta que més s'aproximi a les teves preferències. No hi ha respostes correctes o incorrectes. No utilitzi molt de temps en cada resposta.

1	2	3	4	5
Gens d'acord	Un poc d'acord	Bastant d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord

1	Prest molta atenció als sentiments	1	2	3	4	5
2	Normalment em preocupo molt pel que sent	1	2	3	4	5
3	Normalment dedico temps a pensar en les meves emocions	1	2	3	4	5
4	Penso que mereix la pena prestar atenció a les meves emocions i l'estat d'ànim	1	2	3	4	5
5	Deix que els meus sentiments afectin als meus pensaments.	1	2	3	4	5
6	Penso en el meu estat d'ànim constantment.	1	2	3	4	5
7	Sovint penso en els meus sentiments	1	2	3	4	5
8	Presto molta atenció a com em sento.	1	2	3	4	5
9	Tenc clar els meus sentiments.	1	2	3	4	5
10	Amb freqüència puc definir els meus sentiments.	1	2	3	4	5
11	Quasi sempre sé com em sento.	1	2	3	4	5
12	Normalment conec els meus sentiments sobre les persones.	1	2	3	4	5
13	Sovint sóc conscient dels meus sentiments en diferents situacions.	1	2	3	4	5
14	Sempre puc dir com em sent.	1	2	3	4	5
15	A vegades puc dir quines són les meves emocions.	1	2	3	4	5
16	Puc arribar a comprendre les meves emocions.	1	2	3	4	5
17	Tot i que de vegades em sent trist, sol tenir una visió optimista.	1	2	3	4	5
18	Tot i que em sent malament, procuro pensar amb coses agradables.	1	2	3	4	5
19	Quan estic trist, penso amb tots els plaers de la vida	1	2	3	4	5

20	Intent tenir pensaments positius encara que em senti malament.	1	2	3	4	5
21	Si dono massa voltes a les coses, fent-les més complicades, intent calmar-me.	1	2	3	4	5
22	Em preocupo per tenir un bon estat d'ànim.	1	2	3	4	5
23	Tenc molta d'energia quan em sent feliç	1	2	3	4	5
24	Quan estic enfadat, intent canviar el meu estat d'ànim.	1	2	3	4	5

Qüestionari Maslach Burnout Inventory (MBI)

Aquest qüestionari està constituït per 22 ítems en forma d'afirmacions, sobre els sentiments i les actituds dels professionals en el seu lloc de treball i cap als pacients i la seva funció és mesurar el desgast professional. Aquest test pretén mesurar la freqüència i la intensitat amb la què es sofreix el Burnout.

Assenyala el número que consideris més oportú sobre la freqüència amb la què sents cada enunciat:

0	1	2	3	4	5	6
Mai	Poques vegades a l'any o menys	Una vegada al mes o menys	Poques vegades al mes	Una vegada a la setmana	Poques vegades a la setmana	Cada dia

1	Em sento emocionalment esgotat per la meva feina.	
2	Em sent cansat al final de la jornada de feina.	
3	Quan em desperto al matí i m'he d'enfrontar a una altra jornada de treball, em sent fatigat.	
4	Tenc facilitat per comprendre com es senten els meus pacients.	
5	Crec que estic tractant alguns pacients com si fossin objectes impersonals.	
6	Sento que treballar tot el dia amb pacients suposa un gran esforç i em cansa.	
7	Crec que tracto amb molta d'eficàcia els problemes dels meus pacients.	
8	Sento que la meva feina m'està desgastant. Em sento cremat per la meva feina.	
9	Crec que amb la meva feina estic influint positivament en la vida dels meus pacients.	

10	He tornat més insensible amb la gent des de que exerceixo de terapeuta.	
11	Penso que aquesta feina em fa més fort emocionalment.	
12	Em sento amb molta d'energia a la meua feina.	
13	Em sento frustrat al meu lloc de feina.	
14	Crec que treballo massa.	
15	No em preocupa realment el que li ocorre a alguns dels meus pacients.	
16	Treballar directament amb pacients em produeix estrès.	
17	Sent que puc crear fàcilment un clima agradable amb els meus pacients.	
18	Em sent motivat després de treballar en contacte amb pacients.	
19	Crec que aconseguixo moltes coses valuoses en aquesta feina.	
20	Em sent acabat en la meua feina, al límit de les meves possibilitats.	
21	A la feina tracto els problemes emocionalment amb molta calma.	
22	Crec que els pacients em culpen d'alguns dels seus problemes.	

Qüestionari d'estrès traumàtic secundari (ProQOL-v IV)

Ajudar als altres et posa en contacte directe amb la vida d'altres persones. Tal com hauràs comprovat, la teua empatia o compassió per aquells que ajudes té aspectes tant positius com negatius. Voldríem fer algunes preguntes sobre les teves experiències, positives i negatives, com a professional de la urgència mèdica. Considera cada una de les preguntes d'acord amb la teua situació actual. Marca a cada oració, sent el més sincer possible, el valor que reflexa la teua experiència professional més freqüent per tu en els darrers 30 dies.

0	1	2	3	4	5
Mai	Rares vegades	Algunes vegades	Amb freqüència	Quasi sempre	Sempre

1	Sóc feliç	
2	Estic preocupat per una o més persones a les què he ajudat o ajudo	
3	Estic satisfet de poder ajudar a la gent	
4	Em sent vinculat a altres persones, amb ocasions del meu lloc de feina	
5	Em sobresalta els sons inesperats	
6	Em sent fort després de treballar amb les persones que he ajudat	

7	Trobo difícil separa la meva vida personal de la meva vida professional	
8	Perd la son per les experiències traumàtiques de les persones que he ajudat	
9	Crec que estat afectat negativament per les experiències traumàtiques d'aquells a qui he ajudat	
10	Em sent "atrapat" per la meva feina	
11	Degut a la meva professió tinc la sensació d'estar al límit en diverses coses	
12	M'agrada treballar ajudant a la gent	
13	Em sent deprimat com a resultat de la meva feina	
14	Em sent com si fos jo el que experimenta el trauma d'algú al qui he ajudat	
15	Tinc creences (religioses, espirituals o altres) que em donen suport en el meu treball professional	
16	Estic satisfet per com sóc capaç de mantenir-me al dia en les tècniques i procediments d'assistència mèdica	
17	Sóc la persona que sempre he volgut ser	
18	La meva feina em fa sentir-me satisfet	
19	A causa de la meva feina em sent esgotat	
20	Tinc pensaments de satisfacció sobre les persones a qui he ajudat i sobre com he pogut ajudar-les	
21	Em sent sobrepassat per la quantitat i el tipus de feina que he d'afrontar	
22	Crec que puc fer canviar les coses a través de la meva feina	
23	Evito algunes activitats o situacions perquè em recorden a les experiències espantoses de la gent a qui he ajudat	
24	Tinc pensat continuar amb la meva feina per molt d'anys	
25	Com a resultat de la meva feina professional, tinc pensaments molestos, no desitjats	
26	Em sent estancat (sense saber què fer) per com funciona el sistema sanitari	
27	Considero que sóc un bon professional	
28	No puc recordar determinats esdeveniments relacionats amb víctimes molt traumàtiques	
29	Sóc una persona massa sensible	
30	Estic feliç d'haver elegit fer aquesta feina	

Escala d'empatia Jefferson

Indica el teu grau d'acord o desacord a cada una de les següents oracions, marcant amb una X el número més apropiat que segueix a cada oració.

Utilitza l'escala de 7 punts (el major número indica major nivell d'acord)

1
(totalment desacord)
2
3
4
5
6
7
(totalment d'acord)

1	La meva comprensió sobre els sentiments del meu pacient i els seus familiars és un factor irrellevant en el tractament mèdic.	1 2 3 4 5 6 7
2	Els meus pacients es senten millor quan jo comprenc els seus sentiments.	1 2 3 4 5 6 7
3	És difícil per jo veure les coses des de la perspectiva dels meus pacients.	1 2 3 4 5 6 7
4	Considero que el llenguatge no verbal del meu pacient és tan important com la comunicació verbal en la relació metge-pacient.	1 2 3 4 5 6 7
5	Tenc bon sentit de l'humor que crec que contribueix a un millor resultat clínic.	1 2 3 4 5 6 7
6	La gent és diferent, el que me resulta impossible veure les coses des de la perspectiva del meu pacient.	1 2 3 4 5 6 7
7	Intento no posar atenció a les emocions dels meus pacients durant l'entrevista i la història clínica.	1 2 3 4 5 6 7
8	L'atenció a les expectatives personals dels meus pacients és irrellevant per a l'efectivitat del tractament.	1 2 3 4 5 6 7
9	Intento posar-me al lloc dels meus pacients quan els estic atenent.	1 2 3 4 5 6 7
10	La meva comprensió sobre els sentiments dels meus pacients els dona una sensació de validesa que és terapèutica per sí mateixa.	1 2 3 4 5 6 7
11	Les malalties dels meus pacients només es poden curar amb tractament mèdic, per tant, els llaços afectius amb ells no tenen valor significatiu en aquest context.	1 2 3 4 5 6 7
12	Considero que demanar als meus pacients sobre què els ocorre a les seves vides és un factor sense importància per entendre les molèsties físiques.	1 2 3 4 5 6 7
13	Intent entendre què està passant per la ment dels meus pacients posant atenció a la comunicació no verbal i al llenguatge corporal.	1 2 3 4 5 6 7
14	Creo que les emocions no tenen cabuda en el tractament d'una malaltia mèdica.	1 2 3 4 5 6 7

15	L'empatia és una habilitat terapèutica sense la qual el meu èxit com a metge pot estar limitat.	1 2 3 4 5 6 7
16	Un component important en la relació amb els meus pacients és la meva comprensió del seu estat emocional i el de la seves famílies.	1 2 3 4 5 6 7
17	Intent pensar en els meus pacients per poder-los donar una millor atenció	1 2 3 4 5 6 7
18	No permeto que m'afectin les intenses relacions sentimentals entre els meus pacients amb les seves famílies.	1 2 3 4 5 6 7
19	No gaudeixo de llegir literatura no mèdica o art.	1 2 3 4 5 6 7
20	Crec que l'empatia és un factor terapèutic en el tractament mèdic.	1 2 3 4 5 6 7

MESURES DE CORRECCIÓ PER A CADA ESCALA

Per a la correcció del TMMS-24 i l'obtenció d'una puntuació en cada un dels factors, cal sumar els ítems de l'1 al 8 per al factor *Atenció*, els ítems del 9 al 16 per al factor *Claredat* i del 17 al 24 per al factor *Reparació*. Recordi que la veracitat i la confiança dels resultats obtinguts depèn de la sinceritat amb què ha respost a les preguntes.

A continuació es poden observar les puntuacions de tall de l'escala TMMS-24 per als homes i les dones respectivament:

Puntuació	Atenció emocional	Puntuació	Claredat de sentiments	Puntuació	Reparació emocional
< 21	Ha de millorar la seva percepció: presta poca atenció	<25	Ha de millorar la seva comprensió	<23	Ha de millorar la seva regulació
22 a 23	Adequada percepció	26 a 35	Adequada comprensió	24 a 35	Adequada regulació
>33	Ha de millorar la seva percepció:	>36	Excel·lent comprensió	>36	Excel·lent regulació

Puntuació	Atenció emocional	Puntuació	Claredat de sentiments	Puntuació	Reparació emocional
< 24	Ha de millorar la seva percepció: presta poca atenció	<23	Ha de millorar la seva comprensió	<23	Ha de millorar la seva regulació
25 a 35	Adequada percepció	24 a 34	Adequada comprensió	24 a 34	Adequada regulació
>36	Ha de millorar la seva percepció: presta massa atenció	>35	Excel·lent comprensió	>35	Excel·lent regulació
	presta massa atenció				

Taula 1: puntuacions per homes

Taula 2: puntuacions per dones

Per a la correcció de l'escala MBI i l'obtenció de les diverses sub-escals, cal seguir aquestes pautes:

- La fatiga emocional la conformen els ítems: 1,2,3,6,8,13,14,16, i 20. Podent obtenir una puntuació màxima de 54 punts.
- La despersonalització la representen els ítems: 5,10,11,15 i 22. Poden arribar a una puntuació de 30 punts.
- La realització personal es compon dels ítems: 4,7,9,12,17,18,19 i 21. Poden arribar a una puntuació de 48 punts.

Puntuació	Fatiga emocional (EE)	Puntuació	Despersonalització (D)	Puntuació	Realització personal (PA)
> 27	Indiquen un alt nivell de burnout	> 10	Nivell elevat	<30	Una baixa realització personal
19 a 26	Nivell entremig	6 a 9	Nivell entremig	34 a 39	Nivell entremig
< 19	Nivells baixos o molt baixos de burnout	<6	Grau baix de despersonalització	> 40	Sensació òptima de realització personal

Pel que fa a les puntuacions de tall, s'exposen a continuació:

Taula 3: puntuacions de tall genèriques

Per a la correcció del ProQOL-V i conèixer la teva puntuació respecte a l'estrès traumàtic secundari, cal sumar la puntuació total del test i la puntuació donada als següents ítems, de forma separada: 3,6,12,18,20,22,24,27,30. Una vegada obtinguda la puntuació, tenim com a referència les puntuacions de tall:

Puntuació obtinguda dels ítems de satisfacció per compassió	Puntuació total del test	El meu nivell de satisfacció pers compassió
<22	<43	Nivell baix
23-41	43-50	Nivell entremig
> 42	>57	Nivell elevat

Per a la correcció de l'escala d'empatia Jefferson, cal tenir en compte que no estableix puntuacions de tall. La seva puntuació mínima és de 20 punts i la màxima és de 140.