

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Bienestar en Profesionales de Enfermería: Estudio Multi-
Método sobre Recursos Emocionales, Laborales y de
Recuperación Implicados.

TESIS DOCTORAL

Autor: Luis Manuel Blanco Donoso

Directora: Eva Garrosa Hernández

Director: Bernardo Moreno Jiménez

Madrid, Abril de 2016

A mis padres, Carmen y Jesús

Por vuestro cariño

AGRADECIMIENTOS

Acknowledgments

El trabajo que aquí presento no hubiera sido posible sin el gran apoyo que he recibido de muchas personas e instituciones a lo largo de este largo viaje académico. Con estas sencillas palabras quiero agradecerles a todos ellos.

En primer lugar, todo este trabajo está dedicado a mis padres. Los dos me enseñaron desde pequeño la importancia de estudiar y aprender. Aunque ellos no pudieron hacerlo, se esforzaron al máximo para que no me faltara nada que me pudiera impedir seguir avanzando en mis estudios. El trabajo ha sido un gran valor para ellos y gracias a eso, para mí también. He aprendido mucho con y de vosotros y ahora comienzo a ver los resultados.

En segundo lugar, quiero agradecer a mis directores de tesis todo el apoyo de estos años. Eva, gracias por hacerme sentir desde el principio que tenía cualidades para investigar y apostar por mí. Has sido muy importante en este proceso y me has apoyado en los momentos más difíciles. Bernardo, gracias también por confirmar en mí y por hacerme sentir cómodo en el grupo de investigación. Siempre he sentido que contabas conmigo y mi avance no hubiera sido el mismo sin todas las oportunidades que me has ofrecido. Los dos me habéis aportado muchas habilidades que van más allá del conocimiento teórico y hoy me siento más preparado para seguir en el ámbito investigador.

También otros profesionales han contribuido de forma muy relevante a la elaboración de este trabajo. First, I would like to thank Evangelia Demerouti for their support and dedication in my research stay in Netherlands. Eva, thank you so much for all the valuable advice and knowledge you gave me. You helped me with your constructive feedback and your pragmatic view. At the end of my stay with you, I could glimpse my final work, which gave me a lot of confidence. También tengo que agradecer la ayuda de María Luisa Rodríguez de la Pinta del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, y de Antonio Curieses, de la Gerencia de Atención Primaria. Ellos me dieron la posibilidad de investigar directamente en el medio sanitario y llegar hasta los profesionales, haciendo que las cosas fueran “más fáciles”. Más sencillas también me han hecho las cosas Mario y Cristina en el Centro de Psicología Apraxia, quienes desde el ámbito de la clínica confiaron y apostaron por mí, y han sabido ajustarse al ritmo que les marcaban mis obligaciones y compromisos académicos.

Mis compañeros de laboratorio no podían faltar en este agradecimiento. Isabel, Marta, Carlos, Elena, Aldo, Liliana...con todos vosotros me he sentido parte de una pequeña familia, además de trabajar, nos hemos divertido mucho y hemos ido sabiendo lidiar con las dificultades que aparecían. Momentos como el viaje a Sevilla todos juntos, el viaje a Rio con Aldo, los cafés y abrazos con Marta, las compañía y apoyo tan gratificante de Carlos, o los muy apreciados consejos de Isabel nunca los olvidaré. No puedo dejar de agradecer tampoco la inestimable ayuda que Ana, Alfredo y Raquel me prestaron en mis inicios. Gracias a todos.

En el plano de lo personal, quiero agradecer especialmente la ayuda y apoyo que me ha brindado mi compañero de viaje Aitor, por su cariño, aliento y comprensión constante, su confianza en mí y por estar tan cerca en los momentos buenos y malos de todo este camino. Tu visión práctica de la vida muchas veces me ha hecho ver “las cosas que realmente merecen la pena”. Una de ellas mi sobrino Adán, quien me ha ayudado a conectar en un momento excesivamente racional con la más pura emoción de alegría, frescura y autenticidad de la vida. Aún recuerdo a un gran maestro, Miguel Costa, cuando nos advertía de forma inteligente y a través de la metáfora, la importancia de regar todas las flores del jardín para llegar a ser más felices y estar menos estresados. Al fin y al cabo, esa es la recuperación de la que también hablo en esta tesis, y a lo que han contribuido también mis grandes y estimados amigos: Elena, con tu gran capacidad de escucha y sabios consejos; Noelia y Ale, con vuestro amor incondicional; César, siempre presente ofreciéndome aliento; Nuria, Mar, Sandra y Javi, con vuestra divertida, interesante y grata compañía; y Elton, con tu inmejorable cariño hacía mi. También agradecer a mi familia política, a Irene, Nani y Antonio, su presencia, cariño y atención en estos últimos años. Todos habéis contribuido a que me distancie sanamente del trabajo, sois los que hacéis que me relaje, me divierta, me sienta especial a vuestro lado y sobre todo, muy querido. Gracias a todos por tan grande e incontable apoyo.

Y como no, mil gracias a todos aquellos profesionales de enfermería que de forma desinteresada me habéis ayudado en la realización de este trabajo, así como a todos aquellos que me habéis acercado a estos extraordinarios profesionales y que os habéis interesado en algún momento por mi trabajo, especialmente a Isabel Barrientos y Raquel Nieto.

Índice

Table of Contents

Capítulo 1. Introducción general

1.1. Factores laborales y riesgo psicosocial en enfermería.....	19
1.2. Emoción y trabajo.....	24
1.2.1. Demandas emocionales en el trabajo de enfermería.....	25
1.2.2. El trabajo emocional como riesgo para la salud y bienestar.....	26
1.2.3. La gestión de emociones en el trabajo como fuente de motivación y bienestar.....	28
1.2.4. La regulación de nuestras emociones.....	30
1.3. Recursos para hacer frente a las demandas emocionales: Las teorías basadas en recursos como marco teórico de los estudios	35
1.3.1. La teoría de conservación de recursos.....	35
1.3.2. La teoría de demandas y recursos laborales.....	45
1.3.3. Modelo de compensación del esfuerzo inducido por la demanda.....	49
1.4. Prevención del riesgo psicosocial y promoción de la salud mediante programas de intervención.....	51
1.4.1. Intervenciones dirigidas a disminuir las demandas y aumentar los recursos laborales.....	52
1.4.2. Intervenciones dirigidas a aumentar los recursos del trabajador.....	54
1.5. Objetivos y visión general de los estudios.....	66

Chapter 2. Positive Benefits from Caring on Nurses' Motivation and Well-Being: a Dairy Study about the Role of Emotional Regulation Abilities at Work

2.1. Abstract	75
2.2. Introduction.....	76
2.3. Method.....	82
2.4. Results.....	85
2.5. Discussion.....	95

Chapter 3. Job Resources and Recovery Experiences to Face Difficulties in Emotion Regulation at Work: A Diary Study among Nurses

3.1. Abstract 103
3.2. Introduction..... 104
3.3. Method..... 111
3.4. Results..... 114
3.5. Discussion..... 123

Chapter 4. Social Job Resources as Sources of Meaningfulness and its Effects on Nurses' Vigour and Emotional Exhaustion: A Cross-Sectional Study among Spanish Nurses

4.1. Abstract..... 131
4.2. Introduction..... 132
4.3. Method..... 138
4.4. Results..... 140
4.5. Discussion..... 144

Chapter 5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness to Enhance Nurses' Well-being: A Randomized Controlled Pilot Trial

5.1. Abstract..... 151
5.2. Introduction..... 152
5.3. Method..... 154
5.4. Results..... 162
5.5. Discussion..... 168

Capítulo 6. Discusión general

6.1. Hallazgos principales e implicaciones teóricas..... 177
 6.1.1. Efecto positivo de las demandas emocionales en enfermería..... 177
 6.1.2. El efecto potenciador de las habilidades de regulación emocional..... 179
 6.1.3. La desregulación emocional del trabajador como fuente de malestar..... 181

6.1.4. El rol moderador del apoyo social frente a las dificultades de regulación.....	182
6.1.5. Beneficios de la recuperación ante la presencia de dificultades de regulación.....	184
6.1.6. Los efectos en casa de la regulación emocional en el trabajo: <i>spill-over effect</i>	185
6.1.7. El rol mediador de <i>meaningfulness</i> en la relación apoyo-vigor y agotamiento.....	186
6.1.8. Intervención breve basada en ACT para la mejora del bienestar personal.....	188
6.2. Fortalezas, limitaciones y futuras investigaciones.....	192
6.2.1. Fortalezas de los estudios.....	192
6.2.2. Limitaciones de los estudios y sugerencias de mejora.....	193
6.2.3. Futuras investigaciones.....	198
6.3. Implicaciones prácticas de este trabajo.....	199
Referencias.....	205
Apéndice A. Protocolos de evaluación.....	253
Apéndice B. Material adicional intervención.....	289

Índice de Tablas

List of Tables

Tabla 1.1.	<i>Principales estresores de la profesión de enfermería.....</i>	21
Tabla 1.2.	<i>Componentes del Modelo Hexaflex de salud.....</i>	57
Tabla 1.3.	<i>Resumen de los estudios.....</i>	71
Table 2.1.	<i>Means, standard deviations, intra-class correlations, Cronbach's alphas and bivariate correlations (N = 53 individuals, N = 265 observations).....</i>	87
Table 2.2.	<i>Multilevel estimates for models predicting Vigour in afternoon.....</i>	88
Table 2.3.	<i>Multilevel estimates for models predicting Vitality at night.....</i>	92
Table 2.4.	<i>Multilevel estimates for models predicting Positive Affect at night.....</i>	94
Table 3.1.	<i>Means, standard deviations, Cronbach's alphas and correlations (N = 74 individuals, N = 370 observations).....</i>	116
Table 3.2.	<i>Multilevel estimates for models predicting EE in the afternoon.....</i>	117
Table 3.3.	<i>Multilevel estimates for models predicting Fatigue at night.....</i>	120
Table 3.4.	<i>Multilevel estimates for models predicting NA at night.....</i>	121
Table 4.1.	<i>Means (M), standard deviations (SD), internal consistencies (Cronbach's α) and correlations of the target variables.....</i>	141
Table 4.2.	<i>Regression and bootstrap results for Vigour as dependent variable.....</i>	142
Table 4.3.	<i>Regression and bootstrap results for Emotional Exhaustion as dependent variable.....</i>	143
Table 5.1.	<i>Baseline demographic and professional characteristics for EG and WLCG.....</i>	155
Table 5.2.	<i>Bivariate correlations and Cronbach's alpha (α) at baseline.....</i>	162
Table 5.3.	<i>Means, standard deviations, t student test (on the Time 1 means) and ANCOVA statistics (on the Time 2 means) for the outcome variables.....</i>	164
Table 5.4.	<i>Means and paired t test at pre-intervention and post-intervention for each group and follow-up for combined group.....</i>	166
Table 5.5.	<i>Reported evaluation about the intervention by participants.....</i>	167
Table 5.6.	<i>Days and time of mindfulness practice.....</i>	167
Tabla 5.7	<i>Descripción de la intervención ACT 2+1 implementada en el hospital.....</i>	289

Índice de Figuras

List of Figures

<i>Figura 1.1. Desarrollo actual del Modelo JD-R.....</i>	47
<i>Figura 1.2. Intervenciones basadas en la teoría JD-R.....</i>	52
<i>Figura 1.3. Modelo Hexaflex de salud.....</i>	57
<i>Figure 2.1. Interaction effects of Emotional Demands and Emotional Interference in predicting Vigor at work in afternoon.....</i>	86
<i>Figure 2.2. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Clarity in predicting Vitality at night.....</i>	89
<i>Figure 2.3. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Control in predicting Vitality at night.....</i>	90
<i>Figure 2.4. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Clarity in predicting Positive Affect at night.....</i>	91
<i>Figure 2.5. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Control in predicting Positive Affect at night.....</i>	91
<i>Figure 3.1. Interaction effects of DER at work and CS at work in predicting EE in afternoon.....</i>	118
<i>Figure 3.2. Interaction effects of DER at work and Relaxation at night in predicting Fatigue at night.....</i>	122
<i>Figure 3.3. Interaction effects of DER at work and PD at night in predicting NA at night.....</i>	122
<i>Figure 4.1. The motivational process of the JD-R model.....</i>	136
<i>Figure 4.2. The potential mediating role of Psychological Meaningfulness.....</i>	138
<i>Figure 5.1. Flow of participants through the trial.....</i>	160
<i>Figure 5.2. Changes on mindfulness through the trial.....</i>	168

Capítulo 1
Introducción general

1.1. Factores laborales y riesgo psicosocial en enfermería

Las sociedades y culturas están en constante evolución y sus individuos se enfrentan habitualmente a numerosos cambios sociales, económicos, demográficos, y de otras índoles en donde emergen nuevas realidades y retos a los que hacer frente. Un componente de esas sociedades que se ve afectado por este principio son las organizaciones de trabajo y las profesiones. Muchas organizaciones están constantemente implementando grandes cambios como forma de responder al mercado competitivo al que se enfrentan, a ambientes de trabajo cada vez más complejos, y a las crisis socioeconómicas que en los últimos tiempos nos golpean. En este contexto de cambio aparecen nuevas demandas, retos, y roles laborales a los que el trabajador debe adaptarse. Si no lo hace, puede ver perjudicado su bienestar, salud y motivación (Parent, 2010). Y es en este contexto de cambios, de complejidad, de asumir nuevos retos, donde cobran especial importancia los recursos con los que cuentan las organizaciones y los propios trabajadores. Los recursos que las organizaciones puedan ofrecer a sus miembros contribuirán al afrontamiento de las exigencias del ambiente laboral y de sus riesgos, y a la promoción de estados de bienestar en los trabajadores que afectará a la dinámica y resultados organizacionales. Por otro lado, los recursos que posea el trabajador, o que desarrolle dentro de la misma institución, serán elementos de resiliencia e influirán también en esas dinámicas y resultados. Por lo tanto, es relevante en nuestra sociedad actual el estudio de cómo los recursos laborales y personales del trabajador ayudan a mantener sus niveles de salud y motivación.

Pero no solo las organizaciones y sus individuos cambian, y se adaptan a los nuevos tiempos, también lo hacen las profesiones y la concepción que tenemos de ellas. Este cambio organizacional y profesional ha sido especialmente llamativo en el ámbito de las profesiones sanitarias. Así, en los últimos años hemos sido testigos de la evolución que se ha producido en la sociedad en aspectos como la importancia y relevancia social que se le da al trabajo sanitario, en los roles y tareas de estos profesionales, en las tecnologías sanitarias, en las condiciones de trabajo, y en las expectativas y confianza que los pacientes depositan sobre estos trabajadores (Gálvez-Herrer, Moreno-Jiménez, y Mingote, 2009).

Dentro de las profesiones sanitarias, la de enfermería es quizá la que más cambios en su concepción, filosofía, y roles ha sufrido en las últimas décadas (Nebreda, 2009). Actualmente la misión de estos profesionales guarda relación con prestar la atención

suficiente a la salud y bienestar de los individuos, familias y comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo (Nebreda, 2009). Hoy en día, esta profesión tiene como reto garantizar un tratamiento más integral, holístico y humanista en un ámbito cada vez más dominado por la tecnología y la adopción de modelos de negocio en el ámbito de la salud, que obligan a los profesionales a pasar menos tiempo e interactuar menos con los pacientes. De estos profesionales se espera un trato cálido y comprensivo que atienda no sólo a las necesidades y requerimientos del cuidado físico de los pacientes, sino también en cierta medida a sus necesidades emocionales (Kalyani, Kashkooli, Molazeem, y Jamshidi, 2014). De esta forma, las emociones pasan a formar parte de la vida diaria de las enfermeras/os, con las que deberán lidiar y trabajar, ya sea en beneficio propio, o para cumplir con las expectativas que la organización y el paciente tienen sobre ellos. Aquellos trabajadores que cuenten con la habilidad de saber manejarse en el terreno de lo emocional, sentirán mayor seguridad y confianza en este contexto. Aquellos que por el contrario no sepan poner nombre a lo que sienten, identificar las causas de sus estados emocionales, o a quienes las emociones le bloqueen e impidan alcanzar sus metas, sentirán desconcierto y malestar. Por ello, la presencia de recursos emocionales en los trabajadores en un contexto laboral donde la demanda emocional es alta, generará un ajuste idóneo que contribuirá también a su mayor bienestar y motivación.

El trabajo emocional es por tanto un riesgo psicosocial emergente en las organizaciones sanitarias y como tal tendrá el potencial de afectar la salud y bienestar del trabajador si no se toman las medidas necesarias (Moreno-Jiménez y Báez-León, 2010). Por ello, las organizaciones y sus miembros deben estar preparados para su prevención y afrontamiento. Pero no es el único riesgo psicosocial al que se exponen. Las agencias e instituciones que velan por la salud y seguridad de los trabajadores reconocen que el sector sanitario está altamente expuesto a la presencia de riesgos psicosociales como el estrés laboral, el estrés traumático secundario, la violencia, el desgaste profesional, el conflicto trabajo-familia y la inseguridad contractual (Beck, 2011; de Jong et al., 2014). Por ejemplo, algunos estudios señalan que un 30% de las enfermeras europeas podrían encontrarse agotadas emocionalmente (Sermeus et al., 2011). Además, en los últimos años, los índices de malestar y desgaste podrían haber aumentado en países como España debido a que en la actualidad los trabajadores dedican más horas a su trabajo, con menos recursos, cobran menos, y tienen mayor inseguridad laboral (de Jong et al., 2014).

De la enfermería se ha dicho que es una de las profesiones más estresantes, y que el estrés es inherente a ella (Decker, 1997; Mark y Smith, 2012; Pisanti, van der Doef, Maes, Lazzari y Bertini, 2011). Especialmente en unidades de críticos y emergencias (Adriaenssens, De Gucht, y Maes, 2015; Foxall, Zimmerman, Standley, y Bene-Captain, 1990). Ello puede deberse a la cantidad y cualidad de las demandas presentes en la profesión (McVicar, 2003). En la tabla 1.1 podemos ver los principales factores de estrés psicosocial que se encuentran en las revisiones especializadas y evidencia empírica referida al tema (Ortega y López, 2004; Happell et al., 2013; Oflaz et al., 2010; Stimpfel, Sloane, y Aiken, 2012; Efinger, Nelson, y Starr, 1995; French, Lenton, Walters, y Eyles, 2000; McVicar, 2003; Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer, y Dassen, 2005).

Tabla 1.1. *Principales estresores de la profesión de enfermería*

Contenido del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Demandas emocionales - Exposición al dolor, muerte y sufrimiento - Exposición al trauma - Contacto continuo con personas - Demandas cognitivas elevadas - Pacientes críticos
Sobrecarga y ritmo	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada carga asistencial - Ritmo de trabajo elevado - Presión temporal - Toma de decisiones rápida
Control	<ul style="list-style-type: none"> - Baja participación en la toma de decisiones - Baja participación en la carga de trabajo
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoyo social - Falta de cohesión entre los compañeros y equipos - Existencia de conflictos - Exposición a la violencia
Rol en la organización	<ul style="list-style-type: none"> - Ambigüedad de rol - Conflicto de rol - Alta responsabilidad sobre personas
Horarios	<ul style="list-style-type: none"> - Turnos rotatorios - Turnos nocturnos - Cambio de turnos repentinos
Ambiente y equipos	<ul style="list-style-type: none"> - Lugares restringidos - Presencia de ruidos molestos - Condiciones inadecuadas de iluminación - Equipos obsoletos

- *Falta de recursos*

**Desarrollo de la
carrera**

- *Remuneración insuficiente*
- *Inseguridad contractual*
- *Falta de reconocimiento*

La exposición repetida a estos factores y al estrés crónico sin un afrontamiento saludable, y sin las medidas organizacionales necesarias, puede provocar la aparición de ansiedad, depresión, fatiga, trastornos musculoesqueléticos, o la aparición del desgaste profesional (*burnout*) entre los enfermeros/as (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, y Rodríguez-Carvajal, 2011; Mark y Smith, 2012; Pekkarinen et al., 2013; Winwood, Winefield, y Lushington, 2006). El *burnout* es un síndrome psicológico caracterizado por sentimientos de estar sobrepasado y de haber perdido los recursos emocionales y físicos (dimensión de agotamiento emocional); por el desarrollo de una actitud fría con las personas y la adopción de cierta distancia con determinados aspectos del trabajo (dimensión de despersonalización); y por la aparición de sentimientos de desajuste y falta de eficacia en el trabajo (dimensión de ineficacia o falta de ajuste) (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001). En casi todas las conceptualizaciones que se han hecho sobre este síndrome, la mayoría de los autores considera que la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado es el núcleo del desgaste profesional (Maslach et al., 2001).

En España, el sector sanitario y la enfermería son quizá donde más se ha estudiado la prevalencia del *burnout* (Ortega y López, 2004; Rísquez, Fernández, y Meca, 2011). Diversos estudios han mostrado que los profesionales de enfermería de nuestro país sufren importantes niveles de desgaste (Albadalejo et al., 2004; Cañadas-De la Fuente et al., 2013; Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, López-Zorraquino, Gómez-García, y González-María, 2009; Alberola, Gil-Monte, Juegas, y Ferraz, 2009).

El desgaste profesional tiene consecuencias físicas, psicológicas y organizacionales entre los profesionales de la salud (Ortega y López, 2004; Renzi, Di Prieto, y Tabolli, 2012). Puede estar asociado a alteraciones físicas como problemas cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas, disfunciones sexuales, o trastornos musculoesqueléticos; alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultades de concentración, abuso de drogas; y consecuencias negativas en la vida laboral de los trabajadores, como absentismo, insatisfacción laboral, conductas violentas, conductas

temerarias, disminución de la productividad y el rendimiento, intención de abandonar la organización, y deterioro de la calidad de los servicios (Fuentelsaz-Gallego et al., 2009; Leiter y Maslach, 2009; Poghosyan, Clarke, Finlayson, y Aiken, 2010).

Una de las consecuencias más directas y con importantes repercusiones económicas y sociales de estos problemas de salud podría ser el abandono de la profesión de estos trabajadores. Varios estudios reconocen que las intenciones de abandono en esta profesión son elevadas (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn, y Salantrea, 2008; Fuentelsaz-Gallego et al., 2013). Esto puede suponer un problema en España si tenemos en cuenta la escasez de profesionales de enfermería que hay en nuestro país (CGE; Consejo General de Enfermería, 2014). Según el CGE (2014), en España se estima que hay 246.138 profesionales de enfermería entre diplomados, especialistas y auxiliares, un 37.36% menos que la media europea. Debido al envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, y por la reducción de las plantillas a causa de la crisis económica, se estima que se necesitan 131.040 profesionales más de lo que actualmente tiene para alcanzar la media europea (CGE, 2014). Pero la intención de abandonar la profesión no es el único problema que puede generar el malestar o deterioro de la salud de estos profesionales y tener importantes consecuencias. Aspectos como el desgaste profesional o la fatiga pueden provocar también un empobrecimiento de la calidad asistencial, la aparición de errores médicos y de accidentes laborales en este contexto (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, y Silber, 2002; Kunert, King, y Kolkhorst, 2007; Nahrgang, Morgeson, y Hofmann, 2011).

La profesión de enfermería por lo tanto tiene aún importantes retos a los que hacer frente en relación con el bienestar y salud de sus trabajadores si quiere seguir garantizando un sistema sanitario de calidad, con el suficiente número de profesionales que puedan ejercer su labor en entornos de trabajo saludables, con unos niveles de bienestar que fomenten su rendimiento e implicación en el trabajo, y garantizando una atención y calidad asistencial óptima. Entre estos retos estarán: a) identificar los factores que influyen en la retención de los trabajadores desarrollando iniciativas que hagan más atractiva la elección de la enfermería como profesión; b) aumentar el bienestar, motivación y satisfacción laboral mediante estrategias intrínsecas; c) reducir los altos niveles de estrés, fatiga y agotamiento presentes en la profesión que pueden provocar errores médicos, bajas laborales y un detrimento del rendimiento y la productividad; d) mejorar las relaciones entre compañeros, supervisores y otros profesionales; e) reducir el alto número de agresiones y niveles de violencia laboral en el medio sanitario; y f)

crear entornos de trabajo saludables donde las organizaciones y los trabajadores cuenten con recursos suficientes para hacer frente a las demandas y exigencias laborales diarias (Brunetto et al., 2013; Carter y Tourangeau, 2012; Chana, Kennedy, y Chessell, 2015; Fuentelsaz-Gallego et al., 2009; Hayes, Bonner, y Julie, 2010; Morgan y Lynn, 2009; Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers, y Clarke, 2013).

1.2. Emoción y trabajo

En los tiempos que corren sería irracional que uno pensara que las emociones no forman parte de la vida del trabajador y de las organizaciones. Sin embargo, echando la mirada hacia atrás, no siempre fue así. Como Grandey (2000) apuntó, las emociones fueron ignoradas durante mucho tiempo en el estudio de la conducta organizacional, y no se incluían en la explicación de los distintos fenómenos laborales. Esa visión puramente racional del trabajador ha ido modificándose en las dos últimas décadas y los investigadores ya llevan tiempo explorando como las emociones son manejadas en el lugar de trabajo. Sin embargo, al analizar la literatura cuantitativa, da la sensación que el estudio de la regulación emocional en el ámbito laboral ha girado en gran medida en torno a la exploración de cómo el trabajador maneja sus emociones con el objetivo de cumplir con ciertas normas organizacionales de expresión emocional (i.e. *emotional labour*), o sobre cómo el profesional es “inteligente emocionalmente” para alcanzar un objetivo concreto, y como ello afecta a su rendimiento, bienestar y salud. Estas aproximaciones al estudio de la regulación emocional son muy valiosas, pero la suelen concebir en cierto modo como un instrumento controlable, racional, para alcanzar un fin determinado. Sin embargo, una comprensión más amplia del fenómeno emocional dentro de las organizaciones nos obliga a estudiar las emociones y su regulación desde otras perspectivas. Es el caso por ejemplo del concepto de desregulación emocional (Grazt y Roemer, 2004). La psicología clínica y de la salud nos ha mostrado en numerosos trabajos como el hecho de presentar dificultades a la hora de regular nuestras emociones se asocia con la presencia de otros problemas psicológicos, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, o los trastornos de personalidad (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010; Grazt y Roemer, 2004; Gratz y Tull, 2010; Hervás, 2011). Sin embargo, el estudio de este concepto no ha sido abordado suficientemente desde la psicología de la salud ocupacional, como si los trabajadores no manifestaran las mismas dificultades emocionales en su trabajo que pudieran manifestar en su ámbito privado.

1.2.1. Demandas emocionales en el trabajo de enfermería

Dentro del contexto sanitario, las emociones están muy presentes (Phillips, 1996). Los profesionales de enfermería frecuentemente son testigos del dolor, el sufrimiento y la muerte de muchos pacientes (Broom et al., 2014; McVicar, 2003; Oflaz et al., 2010). También de su esperanza, recuperación y alegría. Estos profesionales muchas veces se tienen que enfrentar con demandas que van más allá de la satisfacción de las necesidades de cuidado estrictamente físico que suele demandar un paciente. Quizá por su mayor cercanía con éste, el profesional también está expuesto a un gran contenido emocional en su trabajo, y se puede ver involucrado en la satisfacción de necesidades emocionales (Bolton, 2000). A veces la tarea no es fácil. Los pacientes y familiares pueden mostrar reacciones emocionales intensas que superen los recursos emocionales del trabajador. Por ejemplo, cuando un paciente o familiar se queja en exceso, se muestra violento, o desesperado por su situación médica. Viven situaciones traumáticas, como la muerte de un paciente joven en un accidente de tráfico, o situaciones violentas y de agresión (Spector, Zhou, y Che, 2014). También tienen que enfrentarse a tareas que pueden suponer importantes dilemas y conflictos éticos, como todos los derivados de las decisiones que se toman a la hora de abordar cuestiones relacionadas con el final de la vida o la donación y trasplante de órganos (San Gregorio, Rodríguez, Corpa, Chamorro, y Bernal, 2003).

Se puede decir por tanto que el trabajo de enfermería es emocionalmente demandante. Además, la exposición del profesional a este contexto emocional le va a provocar emociones propias que a veces le van a requerir hacer algo con ellas, ya sea en beneficio propio, del paciente, o para ajustarse a las expectativas de su rol u organización. Estas demandas pueden implicar un amplio abanico de cuestiones, entre ellas: prestar atención, interpretar y comprender sus emociones y la de los pacientes; tener en cuenta sus necesidades afectivas; ofrecer apoyo y compasión; tener que ponerse en el lugar del otro para ayudarle; manejar situaciones emocionalmente intensas; enfrentarse a dificultades con los pacientes; o tener que modificar la expresión de sus emociones (Broom et al., 2014; Happell et al., 2013; Van Veldhoven y Meijman, 1994; Oflaz et al., 2010).

Llegados a este punto, es importante hacer una distinción entre las demandas emocionales procedentes del trabajo, y lo que el profesional puede hacer para trabajar con esas demandas, por ejemplo si tiene o no que modificar su expresión emocional

para ajustarse a las normas de expresión emocional de su organización (Brotheridge y Grandey, 2000). Si bien, lo último es también una demanda emocional, no toda demanda implica tener que hacer esa modificación. El concepto de demanda emocional por tanto abarca más cosas y es más amplio. Por ejemplo, para Van Vegchel, de Jonge, Meijer, y Hamers (2001), las demandas emocionales de trabajo en este contexto implican la confrontación con la muerte, el dolor y el sufrimiento, la confrontación con un paciente agresivo, o la vivencia de situaciones emocionalmente intensas.

En la literatura ha habido una fuerte tendencia a considerar las demandas emocionales procedentes del trabajo como una fuente de estrés y agotamiento (Peng, Wong, y Che, 2010; Van de Ven, van den Tooren, y Vlerick, 2013; Zapf, 2002). En el ámbito de la enfermería, hay estudios que muestran como las demandas emocionales provocan agotamiento emocional (van den Tooren y De Jonge, 2008), y están asociadas con una menor implicación o *engagement* en el trabajo (Burke, Moodie, Dolan, y Fiksenbaum, 2012; Gabel-Shemueli y Ceretti, 2014).

1.2.2. El trabajo emocional como riesgo para la salud y bienestar

El término de trabajo emocional o *emotional labour* fue propuesto por Arlie Hochschild en su libro *The Managed Heart* (1983). Ella definió este constructo como la gestión de las propias emociones con el fin de crear una expresión facial y corporal públicamente observable. Según esta autora, el objetivo de ese control emocional es producir en el usuario la respuesta deseada por la organización, e implica que una parte importante del trabajo es la regulación de las emociones con el fin de mejorar el producto final que se le ofrece al cliente o usuario, y por lo cual uno es remunerado. Más tarde han aparecido otras definiciones que varían en función de la perspectiva desde la que se estudia el constructo: una perspectiva centrada en el puesto, y una centrada en el trabajador (Brotheridge y Grandey, 2002). La primera alude a las exigencias emocionales inherentes a un puesto de trabajo, es decir, asociadas al rol (*¿qué hay que mostrar por estar desempeñando este puesto?*). El trabajo emocional desde esta perspectiva se concibe como el acto de mostrar ciertas emociones con el objetivo de participar en las impresiones que quiere dar la organización, y las que otros esperan que mostremos por el hecho de estar desarrollando esa actividad laboral (Ashforth y Humphrey, 1993). La segunda se refiere al esfuerzo emocional interno que hace el trabajador por cumplir con las expectativas del puesto, es decir, en el estudio del proceso sobre cómo se manejan las emociones para satisfacer las normas

organizacionales de expresión emocional (Morris y Feldman, 1996). Desde esta perspectiva, se han identificado dos estrategias que el trabajador puede llevar a cabo para manejar su emoción de acuerdo con las reglas organizacionales: la actuación superficial (*surface acting*) y la actuación profunda sobre las emociones (*deep acting*). La primera implica solamente modificar la expresión emocional, es decir, es una estrategia de regulación focalizada en la emoción que ya ha aparecido. La segunda se refiere a modificar la percepción de la situación con el objetivo de sentir una emoción diferente, que esté acorde con las reglas de expresión emocional, es decir, es una estrategia de regulación focalizada en los antecedentes de la emoción (Grandey, 2000). Según dos recientes meta-análisis, la actuación superficial se ha relacionado con el malestar personal y laboral. Mientras que la actuación profunda suele generar menos discomfort, y se suele asociar con un mayor rendimiento y satisfacción de los clientes (Hülshager y Schewe, 2011; Mesmer-Magnus, DeChurch, y Wax, 2012). Estos resultados pueden explicarse porque la primera implica la movilización y desgaste de un excesivo número de recursos de autocontrol y cierto sentido de inautenticidad. Sin embargo, la segunda permite obtener cierta gratificación en las relaciones, reconocimiento, y una expresión emocional más auténtica. En cualquier caso, el hecho de que la organización controle de alguna manera la regulación de la emoción es un riesgo para la salud del trabajador.

El trabajo emocional desde la perspectiva de Hochschild también forma parte de las demandas a las que deben enfrentarse los profesionales de enfermería (Schaubroek y Jones, 2000; Schmeidt y Diestel, 2014; Smith, 1992). Por ejemplo, un trabajador puede acompañar con ciertas emociones positivas un mensaje en el que se pide al paciente que es necesario que se tome su medicación. O mostrar simpatía al entrar a una habitación después de haber tenido un conflicto con un compañero o supervisor. En ambos casos, la emoción natural la han de modificar para cumplir con las normas implícitas o explícitas de la organización o con las expectativas del paciente. Este trabajo y el esfuerzo que conlleva se ha asociado con la aparición de estrés laboral y desgaste profesional entre estos profesionales (Diefendorff, Erickson, Grandey, y Dahling, 2011; Schmeidt y Diestel, 2014).

No obstante, el trabajo que tienen que hacer los/las enfermeros/as con las emociones en muchas ocasiones requiere diferentes formas de manejo emocional que van más allá de *emotional labour* (Bolton, 2000). Por ejemplo, este constructo no recogería la idea de que el trabajo emocional a veces se hace de forma voluntaria y altruista, o como forma

de expresar una parte de sí mismo, y establecer la diferencia con respecto al resto (Bolton, 2000). Si bien el planteamiento de Hochschild fue fundamental para el posterior desarrollo y estudio del constructo del trabajo emocional, el énfasis que se da desde esta perspectiva a las interacciones usuario-trabajador, y al hecho de recibir un salario como parte de ese trabajo emocional, aleja la atención de otros procesos de manejo de las emociones en el trabajo iniciados por el individuo y fuera del control organizacional (Rodríguez-Carvajal y Quiñones-García, 2013; Totterdel y Holman, 2003). Es el caso del constructo de *emotional work* presentado en el siguiente apartado.

1.2.3. La gestión de emociones en el trabajo como fuente de motivación y bienestar

El concepto de *emotional work* se entiende como la gestión, regulación o manejo voluntario de las emociones más allá de los requerimientos del puesto (Callahan y McCollum, 2002; Strazdins, 2000). Puede incluir promocionar emociones positivas en el paciente, ayudarles a regular sus emociones negativas, ofrecerles apoyo y compañía, o enseñarles conductas emocionalmente saludables (Strazdins, 2000). Bajo esta perspectiva, el trabajo emocional no sería tan estresante, y puede llegar a ser fuente de satisfacción laboral, bienestar y salud entre los profesionales de enfermería (Morgan y Lynn, 2009; Pisaniello, Winefield, y Delfabbro, 2012).

El trabajo emocional en esta profesión muchas veces no es percibido como una obligación, sino como una oportunidad del profesional para expresar su competencia y una parte de sí mismo sobre la que posee cierta autonomía (Bolton, 2000; Morgan y Lynn, 2009). Conviene señalar que entre las razones más importantes para elegir esta profesión suelen estar las de ayudar a otros y trabajar cerca de personas que necesitan ayuda (McCabe, Nowak, y Mullen, 2005). Uno de los aspectos vocacionales más ligados a la profesión es ofrecer cuidados, un elemento que lo diferencia de otros profesionales de la salud, y que forma parte del concepto e imagen que se ha tenido siempre de la enfermera/o (Bolton, 2000; Moody y Pesut, 2006). Cuando algo forma parte de la identidad profesional no tiene por qué estar relacionado con aspectos negativos (Bolton, 2000; Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrer, Rodríguez-Carvajal, y Garrosa, 2010). Por eso, ayudar a otros y trabajar al lado de personas que tienen ciertas necesidades puede ser reconfortante para los profesionales de enfermería, que les provoque motivación (McCabe et al., 2005; McQueen, 2004).

Cuidar ha sido definido como atender a las necesidades especiales de las personas en un contexto de vulnerabilidad (Glen, 1998). Implica el esfuerzo mental, físico y

emocional que conlleva ocuparse, responder, y dar soporte a otros (Baines, Evans, y Neysmith, 1991, p.11). Es uno de los núcleos del rol de enfermería y siempre ha estado presente en su concepción (Dominguez-Alcón, 1979). Sin embargo, su significado e implicaciones han ido evolucionando también con el tiempo. En la década de los 80 y 90 se produjeron una serie de movimientos en la profesión que incitaban a un tratamiento más holístico de los pacientes, donde sus necesidades emocionales también habían de ser tenidas en cuenta a la hora de cuidarles, y donde la relación enfermera-paciente tenía un papel crucial, dejando atrás una visión en la que se abogaba porque los profesionales mantuvieran una relación distante con los pacientes (Williams, 2001).

Por lo tanto, en la actualidad los trabajadores de enfermería podrían estar intrínsecamente motivados para ofrecer cuidados genuinos, incluyendo el cuidado emocional del paciente. Reconocen que es un trabajo estresante, pero al mismo tiempo señalan que ofrecer cuidados es una de las mayores fuentes de satisfacción y una fuente de valor y reconocimiento profesional (Bolton, 2000; Brotheridge y Grandey, 2002; Morgan y Lynn, 2009; Hayes et al., 2010). Además, estos profesionales también se ven recompensados en muchas ocasiones por la expresión de gratitud de los pacientes, un hecho que puede influir en sus niveles de desgaste profesional (Converso, Loera, Viotti, y Martini, 2015).

Además, en los últimos años están apareciendo varios trabajos que apuntan a que los aspectos emocionales derivados del cuidado de los pacientes se llevan percibiendo como fuentes menos generadoras de estrés que en anteriores décadas sin que ello quiera decir que sean menores en cantidad. Como señala McVicar (2003), probablemente otras fuentes van ganando significancia en los últimos tiempos a la hora de generar estrés, y probablemente la insatisfacción de los profesionales y el deterioro de su bienestar comienzan a explicarse más por las condiciones laborales que por cuestiones intrínsecas a la profesión de enfermería.

Pero también, la percepción de menos estrés a la hora de lidiar con los aspectos emocionales de este trabajo, o el menor impacto de estos aspectos sobre la salud y bienestar de los profesionales, no solo venga derivado de la evolución que ha tenido el rol de la profesión de enfermería, ni de la recompensa o satisfacción intrínseca que pueda ofrecer este trabajo. En muchas ocasiones el tener que gestionar y manejar aspectos emocionales en el trabajo podría suponer sólo un reto y una fuente de bienestar entre aquellos profesionales que tengan competencias emocionales, que regulen saludablemente sus emociones, y entre aquellos que tengan más acceso a recursos

dentro su trabajo. De lo contrario, los profesionales de enfermería podrían preferir trabajar con aspectos más físicos del cuidado (Pisaniello et al., 2012).

Por consiguiente, el estudio de cómo los trabajadores manejan sus emociones nos obliga a ir más allá del constructo de trabajo emocional como una labor más de nuestro rol o como un ejercicio voluntario para regular la emoción del otro. Implica tener que abordar también la cuestión de cómo los trabajadores regulan sus emociones sin ningún objetivo más allá que el de sentirse bien consigo mismo (Lawrence, Troth, Jordan, y Collins, 2011; Mikolajczak, Tran, Brotheridge, y Gross, 2009; Páez y Costa, 2014).

1.2.4. La regulación de nuestras emociones

Aproximación al concepto de regulación emocional

Según Gross (1998), la regulación emocional se refiere al proceso automático o controlado por el que las personas influyen en la experiencia, intensidad, duración y expresión de sus emociones. Este autor propuso un modelo que destaca cinco procesos con sus respectivas estrategias de regulación, a través de los cuales los individuos pueden regular sus emociones: 1) mediante la selección de la situación (p.e. evitando un ambiente que evoque una emoción negativa); 2) mediante la modificación de la situación (p.e. pidiendo ayuda a un compañero); 3) a través de la orientación de la atención (p.e. usando la distracción); 4) mediante el cambio cognitivo (p.e. reinterpretando positivamente una situación); y 5) mediante la modulación de la respuesta emocional (p.e. suprimiendo la expresión de ciertas emociones). Los cuatro primeros procesos se focalizan en el control de los antecedentes de la emoción (antes de que la emoción se haya generado), mientras que el último proceso se centra en el control de la respuesta emocional (una vez la emoción ya se ha generado)(Gross, 2008). Todas estos procesos y estrategias de regulación emocional son utilizadas por los trabajadores dentro de sus organizaciones (Liu, Prati, Perrewé, Brymer, 2010; Mikolajczak et al., 2009). En la revisión de trabajos llevada a cabo por Páez y Costa (2014), estos autores identificaron que los trabajadores habitualmente buscan el apoyo emocional entre sus compañeros, utilizan la estrategia de distracción para regular sus afectos, reevalúan las situaciones para generar emociones más positivas, se ven envueltos en procesos de rumiación, y suprimen sus emociones, entre otras estrategias de control emocional.

La perspectiva de Gross es una visión de la regulación emocional principalmente orientada al control de la acción referida a la emoción, con el objetivo casi siempre de

reducir o controlar la emoción negativa. Pero la regulación emocional según otros autores puede implicar más cosas, por ejemplo, ser capaces de experimentar, diferenciar, y monitorizar emociones (Thompson, 1994). Así, autores como Ross Thompson se refieren a la regulación emocional como aquellos procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorizar, evaluar, y modificar nuestras reacciones emocionales (especialmente sus características de intensidad y temporalidad), para conseguir nuestras metas personales (Thompson, 1994, p.27-28). Desde esta perspectiva, la consciencia y comprensión de las emociones también es un componente fundamental de la regulación emocional, así como la habilidad para inhibir conductas impulsivas o inapropiadas y comportarnos de acuerdo a nuestras metas ante la presencia de emociones negativas (Gratz y Tull, 2010). Thompson considera que la emoción es un fenómeno multifacético y cuando decimos que estamos regulando una emoción, está implícito que varios componentes neurofisiológicos, atencionales, y conductuales se están regulando (Thompson, 1994). Además, este autor reconoce el papel activo e influencia externa que tienen los otros a la hora de regular nuestras emociones. Por ejemplo, ante situaciones de frustración, un compañero o amigo podría influir en nuestra experiencia emocional utilizando la escucha activa, la empatía o el sentido del humor.

Sin embargo, si algo ha caracterizado la aproximación que hace Thompson al estudio de la regulación emocional es su carácter funcional y flexible, su estudio desde una perspectiva contextual, y no tan centrada en el individuo. De tal forma que la concepción de lo que es una regulación emocional óptima pueda ser diferente para cada persona, en diferentes situaciones, y con respecto a las diferentes metas que se tengan en un momento dado. Por ejemplo, muchas veces no tiene por qué ser lo más adecuado disminuir una emoción negativa. El enfado puede movilizar una acción de la persona que le aproxime más a sus metas. De igual forma, va a ver ciertas estrategias de regulación emocional que en determinados contextos van a ser disfuncionales y en otros no. Es el caso por ejemplo de la capacidad de prestar atención a nuestras emociones. Una atención elevada a las emociones en una persona con depresión puede ser disfuncional (Rude y McCarthy, 2003), pero no serlo en una persona que no suele darse cuenta de cuando siente estrés y tensión, y necesita aprender a identificar estas emociones para poner en marcha conductas dirigidas al descanso y la recuperación. Esta aproximación nos permite por tanto alejarnos de una concepción estática de la regulación emocional y estudiarla en función del contexto donde se expresa.

Los planteamientos de Thompson sobre regulación emocional nacieron principalmente en el marco de la psicología del desarrollo, y sobre como los niños aprendían a regular sus emociones. Más tarde, autores como Gratz y Roemer (2004) han llevado estos planteamientos al ámbito de la psicología clínica y de la salud y en concreto, al estudio del papel de los déficits de regulación emocional en el surgimiento y mantenimiento de los desórdenes emocionales en la vida adulta. Según estos dos autores y basándose en la concepción de Thompson, la regulación emocional implicaría: a) la consciencia y comprensión de las emociones; b) la aceptación de las mismas; c) la habilidad para controlar conductas impulsivas y comportarse de acuerdo a nuestras metas cuando experimentamos emociones negativas; y d) la habilidad para usar determinadas estrategias de regulación emocional de forma flexible, adaptadas a las situaciones, con el objetivo de modular la respuesta emocional de acuerdo a nuestros objetivos y a las demandas situacionales (Gratz y Roemer, 2004, p.42). Según estos autores, la ausencia de estas habilidades sería indicativo de cierta desregulación emocional e indicaría la presencia de dificultades a la hora de regular las emociones (Gratz y Roemer, 2004; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, y Gunderson, 2006; Hervás, 2011).

Habilidades, competencias emocionales y bienestar de los profesionales

El estudio de las habilidades emocionales en el ámbito laboral ha girado principalmente en torno al modelo de Inteligencia Emocional propuesto por Salovey y Mayer en 1990. De acuerdo con estos autores, la inteligencia emocional consistiría en la habilidad para monitorizar y discriminar los sentimientos y emociones propias y de los otros, así como para usar esa información para guiar nuestras acciones y pensamientos (Salovey y Mayer, 1990, p 189). Es un modelo basado en el procesamiento de la información emocional y centrado específicamente en habilidades que según los autores conducen al éxito social. En concreto la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995), desarrollada por los mismos autores comprende tres habilidades específicas: 1) atención a los sentimientos (capacidad para observar y pensar sobre los sentimientos y emociones); 2) claridad emocional (capacidad de comprender las emociones que se experimentan y no simplemente ser consciente de ellas); y 3) auto-reparación emocional (capacidad de las personas para interrumpir sus estados emocional negativos y promocionar los positivos). Para otros autores como Goleman (1998), la inteligencia emocional también implicaría la

habilidad para controlar las emociones e impulsos, la flexibilidad a la hora de afrontar los cambios, la empatía hacia el otro, y ciertas habilidades sociales como la persuasión, el manejo de conflictos y las habilidades de liderazgo. El enfoque de la inteligencia emocional es un enfoque principalmente cognitivo-afectivo, de control y manejo de la emoción guiado por procesos de razonamiento emocional.

Otro enfoque es el centrado en las competencias emocionales del trabajador (Saarni, 2000; Garrosa, 2003). La competencia emocional se refiere a la capacidad y auto-eficacia del individuo para conocer las emociones que experimenta, discernir y entender las emociones de los otros, para usar el lenguaje y expresiones propios de la emoción dentro de su cultura, mostrar empatía, discernir la experiencia emocional interna de su expresión emocional, y tener habilidad para la resolución adaptativa de situaciones estresantes y adversas. Tener competencia emocional refleja el alcance de cierto desarrollo emocional y madurez personal (Saarni, 2000).

En términos generales, tanto la inteligencia como las competencias emocionales se han relacionado con una mayor satisfacción con la vida y con las relaciones sociales, con mayores niveles de salud y con mayores niveles de bienestar laboral (Martins, Ramalho, y Morin, 2010; Nelis et al., 2011; Peng et al., 2010; Prieto, Salanova, Martínez, y Schaufeli, 2008).

Dadas las demandas emocionales tan elevadas a las que se enfrentan los profesionales de enfermería y al trabajo emocional que deben hacer, las habilidades relacionadas con la inteligencia y competencia emocional podrían ser sumamente beneficiosa para reducir el estrés, agotamiento emocional y fomentar estados de bienestar psicológico y motivación entre estos trabajadores (Augusto-Landa, López-Zafra, Martos, y Aguilar-Luzón, 2008; Görgens-Ekermans y Brand, 2012; Karimi, Leggat, Donohue, Farrel y Couper, 2013; Littlejohn, 2012; Montes-Berges y Augusto-Landa, 2014). Probablemente la provisión de este tipo de recursos ofrezca confianza y control sobre los requerimientos emocionales del puesto y eso explique su bienestar y motivación (Albrecht, 2010; Sy, Tram, O'hara, 2006).

Dificultades en la regulación emocional del trabajador

Estamos viendo que las habilidades relacionadas con la regulación de las emociones en el trabajo son un aspecto fundamental para la salud mental de los trabajadores, para su funcionamiento social y para su productividad (Donaldson-Feilder y Bond, 2004; Gross y Muñoz, 1995). Ofrecen seguridad, control, y confianza a la hora de trabajar con

aspectos emocionales (Albrecht, 2010). Por el contrario, un manejo inadecuado de las emociones en el ámbito laboral supone un riesgo para la salud física y mental del trabajador (Moreno-Jiménez et al., 2010).

Entre las principales dificultades de regulación emocional de los individuos descritas por Gratz y Roemer (2004) se encuentran: a) la falta de atención a las emociones; b) la falta de claridad emocional; c) la falta de aceptación emocional; d) la presencia de dificultades a la hora de poner en marcha una conducta dirigida a una meta debido a la interferencia de las emociones; e) la dificultad para controlar los impulsos generados por una emoción; y f) un acceso limitado a las estrategias de regulación emocional. La presencia de estos déficits de regulación se han encontrado en diversos trastornos psicológicos (Hervás, 2011), como el trastorno depresivo mayor (Rude y McCarthy, 2003), y los trastornos de ansiedad (Mennin, Heimberg, Turk, y Fresco, 2005).

El constructo de desregulación emocional propuesto por Gratz y Roemer (2004) no ha sido abordado hasta ahora en el ámbito de las organizaciones. Sin embargo, sí que hay estudios que abordan otros constructos y fenómenos que implican de algún modo ciertos problemas o dificultades a la hora de regular las emociones por parte del trabajador, y estudios centrados en demostrar la asociación entre ciertas estrategias de regulación emocional “desadaptativas” y la aparición de malestar. Serían los casos por ejemplo de las variables de inestabilidad emocional o neuroticismo de los trabajadores, la tendencia a la rumiación afectiva, o los estudios que muestran los efectos perjudiciales de la evitación experiencial o falta de aceptación emocional (Biron y van Veldhoven, 2012; Querstret y Copley, 2012; Teng, Chang y Hsu, 2009). En el caso del neuroticismo, los trabajadores que presentan cierta inestabilidad emocional tienen una tendencia a interpretar negativamente los eventos, mostrar emociones negativas como la ansiedad, depresión y frustración, y poner en marcha estrategias de evitación emocional, lo que se ha relacionado con altos niveles de agotamiento emocional y fatiga en profesionales de enfermería (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De Vries y Van Heck, 2002; Losa-Iglesias, Vallejo, y Fuentes, 2010; Yao, Yao, Wang, Li, y Lan, 2013).

La conceptualización de las dificultades emocionales del trabajador en algunas ocasiones también se ha entendido como la ausencia de habilidades de inteligencia emocional, o de competencias emocionales (Augusto-Landa et al., 2008; Ciarrochi y Scott, 2006). Pero, la presencia de dificultades de regulación emocional y la falta de inteligencia emocional no tendrían por qué ser lo mismo. En primer lugar, aunque en

algunos aspectos se superponen (p.e. en la falta de atención y claridad emocional), la falta de inteligencia emocional se considera una ausencia de herramientas de control cognitivo de la emoción para relacionarnos con el medio de forma exitosa (la falta de comprensión o de control de las emociones propias y de los otros me llevaría a no poder regularlas o utilizarlas para tomar una decisión)(Donaldson-Feilder y Bond, 2004; Ruiz, Salazar, y Caballo, 2012), mientras que desde el punto de vista de la desregulación emocional, el control excesivo de la emoción a veces puede incluso suponer un problema. En este último caso, el bienestar, la salud y el rendimiento no vienen de la mano del uso de una habilidad determinada, como en el caso de la inteligencia emocional, sino de la flexibilidad en el uso de las estrategias. En segundo lugar, la inteligencia y competencia emocional implican también la atención y comprensión de las emociones del otro para alcanzar un fin, y en el caso de la desregulación emocional no. La distinción entre ambos constructos puede verse en el estudio de validación de la escala de dificultades de regulación emocional (DERS) realizada por Hervás y Jódar (2008) donde mantuvo relaciones con la escala TMMS de inteligencia emocional no superiores a .42 y donde después de controlar esta variable, la escala DERS aportó validez incremental a la hora de predecir sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima. De la misma manera, en estudios clínicos se ha demostrado como pacientes con ciertos trastornos de índole psicológica pueden presentar dificultades en la regulación de sus emociones pero no carecer de inteligencia emocional (Beblo et al., 2010).

1.3. Recursos para hacer frente a las demandas emocionales: Las teorías basadas en recursos como marco teórico de los estudios

1.3.1. La Teoría de la Conservación de Recursos

Stevan Hobfoll (1989) planteó una teoría del estrés que sitúa el concepto de recurso como eje de sus principios y como elemento fundamental para comprender la salud y bienestar de los individuos: la Teoría de Conservación de Recursos (*COR theory*).

El principal principio de la teoría es que los seres humanos estamos motivados para alcanzar, mantener y acumular aquellas cosas y recursos que valoramos (Hobfoll, 1989, 2002). Cuando los recursos se pierden, están amenazados, o cuando después de un tiempo invirtiendo en la obtención de recursos no se obtienen los que se esperaban, aparece la respuesta de estrés (Hobfoll, 1989, 2002).

Los recursos son considerados según este autor como aquellos objetos, características personales, condiciones y energías valorados por los individuos por sí mismos o porque permiten alcanzar y/o proteger otro tipo de recursos (Hobfoll, 1989, p. 516). En uno de los textos fundacionales de la teoría, Hobfoll señaló principalmente 4 categorías de recursos: a) objetos (p.e. tener una casa o dinero); b) condiciones (p.e. estar casado o tener trabajo); c) características personales relacionadas con la resistencia al estrés (p.e. sentido de la coherencia, optimismo, autoestima); y las energías del individuo (p.e. vigor o vitalidad). Más tarde llega a mencionar hasta 74 recursos específicos (Hobfoll, 2001).

Según esta teoría, en situaciones adversas y de estrés, generalmente hay una pérdida inicial de recursos. En este escenario, las personas movilizan otros recursos que aún están disponibles para hacer frente a los retos actuales con los que tienen que lidiar. La forma en la que los individuos pueden limitar esta pérdida, determinará mucho los daños que se producirán, pues los recursos que queden influirán en el bienestar actual y en la capacidad de hacer frente a futuros estresores. En general la pérdida de recursos produce un ciclo o “espiral de pérdidas”, aunque va a depender de la acumulación previa de recursos que hubiera. Las personas que tienen más recursos, cuando se produce una situación de vida estresante, saben qué tipo de recursos activar para hacerle frente y verán menos perjudicado su bienestar (Hobfoll, 2002). Un camino de resistencia al estrés que proponía Hobfoll es la sustitución de recursos: la pérdida de un recurso podía ser sustituida por otro de valor equivalente.

Otro de los principios de la teoría es que la ganancia de recursos es menos significativa que su pérdida, y que esta ganancia adquiere un efecto más saliente en un contexto de pérdida de recursos. No obstante, la ganancia de recursos tiende a generar espirales de ganancias, de tal forma que es más probable la ganancia entre aquellos que ya tienen una importante reserva de recursos. Es lo que Hobfoll llama “caravana de recursos”. Cuando las personas tienen recursos suficientes, entonces pueden experimentar bienestar (Hobfoll, 1989).

Al tener más recursos, es más probable contar con los recursos necesarios y específicos para hacer frente a una demanda concreta. Es decir, como veremos más adelante y de forma más detallada en la exposición de otros modelos, este autor ya señalaba la importancia del ajuste del tipo de recurso con el tipo de demanda, ajuste necesario para la adaptación de los individuos al medio en el que viven (French, Caplan, y Van Harrison, 1982; Hobfoll, 2002).

La teoría COR ha sido aplicada al estudio del bienestar y motivación de los trabajadores, especialmente en el estudio del desgaste profesional (Hobfoll, 2011; Lee y Ashforth 1996). De esta forma, el agotamiento emocional se puede entender como resultado de una inversión prolongada de recursos en el trabajo (p.e. energía) sin obtener los recursos esperados y valorados.

Esta teoría se puede aplicar al estudio de la regulación emocional, y en concreto al estudio del impacto de los problemas de regulación emocional sobre el bienestar y la salud. El principio de pérdida de recursos propuesto por Hobfoll coincide con el modelo de recursos limitados de Muraven, Tice, y Baumeister (1998), que es propuesto en el campo de la auto-regulación humana. Según estos autores, la auto-regulación consume recursos en el individuo, que con el tiempo se desgastan y generan fatiga y falta de rendimiento en las diferentes esferas de la vida que requieran autoregularse. El éxito de la auto-regulación futura dependerá también de la disponibilidad actual de recursos cuando haga falta regular una conducta o emoción. Cuando las personas no son capaces de manejar sus emociones, perciben otras demandas que podrían requerir de ellas otras actividades de regulación, incrementando la fatiga (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, y Tice, 1998; Muraven et al., 1998). Además, cuando uno no consigue regular sus emociones según lo esperado, desarrolla sentimientos negativos (Muraven et al., 1998), porque le obliga a poner en marcha otros recursos que no se contemplaban al principio, y porque puede activar una espiral de pérdida de recursos relacionados con la auto-regulación.

Recursos personales del trabajador

Los recursos personales son aspectos de uno mismo generalmente relacionados con la resiliencia y están estrechamente ligados a la habilidad para controlar y ejercer influencia sobre el medio (Hobfoll, et al., 2003; Hobfoll y Shirom, 2000).

En el pasado, diversas teorías se han centrado en el estudio de recursos específicos a la hora de afrontar las demandas y estresores vitales, y promocionar la salud de los individuos, como pueden ser: el control interno, la auto-eficacia, el optimismo, la autoestima, la búsqueda de metas; o en constructos de recursos con múltiples componentes, como la personalidad resistente o el sentido de la coherencia (Antonovsky, 1987; Kobasa, 1979; Hobfoll, 2002).

De hecho, una de las teorías más famosas que han explorado el rol de los recursos de resistencia a la hora de explicar porque las personas nos mantenemos saludables es la que nace a partir del modelo salutogénico de Antonovsky (1987).

Brevemente, esta teoría intenta dar cuenta de cómo los individuos se mantienen en el polo de la salud y no enferman, es decir, en el estudio de los recursos generales de resistencia promotores de salud. Según Antonovsky, la existencia de ciertos recursos en el individuo (p.e. su estatus económico, apoyo social o autoestima) puede favorecer un sentido de coherencia que realmente es lo que explicaría su salud y bienestar. En concreto, ese sentido de coherencia (SOC) se define como el sentimiento de confianza global en que los estímulos internos del individuo y externos del medio que aparecen a lo largo de la vida son predecibles y se basan en una lógica (componente de comprensibilidad), en que existen recursos disponibles para afrontar las demandas generadas por esos estímulos (componente de manejabilidad), y que esas demandas son retos dignos de invertir energía y esfuerzo en ellos (componente de significatividad)(Antonovsky, 1987).

Todos esos componentes son recogidos de alguna manera en la propuesta de recursos que hace Hobfoll posteriormente (Hobfoll, 2001). Especialmente, una cantidad importante se relacionan con el último componente de SOC, el de significatividad o *meaningfulness*. Para Hobfoll, los recursos se relacionan en muchos casos con sentimientos de tener significado y objetivos en la vida. Por ejemplo, el autor señala como potenciales recursos el sentirse orgulloso de uno mismo, sentir que uno se ajusta a sus metas, llevar una vida llena de retos, y el saber hacia dónde se dirige la vida de uno mismo (Hobfoll, 2001).

Tanto las características individuales de personalidad como los recursos personales de los trabajadores son importantes a la hora de predecir sus niveles de bienestar y motivación laboral, pues influyen en la percepción de las demandas y recursos laborales, en la movilización de recursos, en aspectos como el afrontamiento, y en la selección de determinados ambientes laborales (Alarcón, Eschleman, y Bowling, 2009; Bakker, Demerouti, y Sanz-Vergel, 2014; Mäkikangas, Feldt, Kinnunen, y Mauno, 2013). En el caso por ejemplo del sentido de la coherencia comentado, éste se ha considerado un recurso relevante de los trabajadores para explicar sus niveles de desgaste y engagement en el trabajo (Feldt, 1997; Fourie, Rothmann, y Van de Vijver, 2008; Vogt, Hakanen, Jenny, y Bauer, 2015).

En el ámbito laboral de enfermería específicamente, se ha comprobado la importancia de variables como la personalidad resistente, el sentido de la coherencia, optimismo y ciertas competencias emocionales a la hora de prevenir el desgaste profesional y fomentar los estados de vigor y dedicación de estos profesionales (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, y González, 2008; Garrosa et al., 2011; Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias, y Pereira, 2013; van der Colff y Rothmann, 2009). También se ha comprobado como el optimismo de las enfermeras/os puede moderar la relación entre el estrés de rol que habitualmente sufren estos trabajadores y sus niveles de agotamiento emocional. Gil-Monte, García-Jueas, y Hernández, (2008) también encontraron que la auto-eficacia podía moderar la relación entre la sobrecarga de trabajo y el agotamiento emocional en este sector.

Recursos sociales en el ámbito laboral

Hobfoll considera el apoyo social un recurso clave para afrontar el estrés (Hobfoll, 2002). En su descripción exhaustiva de recursos incluye aspectos como sentirse valorado por los otros, que nos dediquen afecto, y el apoyo instrumental y emocional de los compañeros de trabajo (Hobfoll, 2001).

En el ámbito laboral, el apoyo social es probablemente uno de los recursos más estudiados a la hora de hacer frente al estrés (Bakker, Demerouti, y Verbeke, 2004). Éste se refiere a las interacciones sociales positivas y valiosas que proveen los compañeros de trabajo, los supervisores y/o la dirección de las organizaciones (Karasek y Theorell, 1990). En este trabajo nos centraremos exclusivamente en los dos primeros.

El apoyo social de los compañeros y del supervisor ayuda a alcanzar las metas y a protegernos de las consecuencias negativas de las experiencias laborales estresantes porque ofrece ayuda en términos instrumentales y emocionales (De Jonge, Gevers, y Dollard, 2014; Van de Ven, van den Tooren, y Vlerick, 2013).

En concreto, en el caso de los compañeros, éstos pueden proporcionar una percepción de que el trabajo es un contexto donde unos se ayudan a los otros, donde se comparte información y donde se crean conjuntamente experiencias de aprendizaje (Van der Heijden et al., 2010). Además, los compañeros pueden brindar afecto, escucha activa, y aliento a los trabajadores cuando presentan dificultades (Dennis, 2003).

En el caso del supervisor, éste puede proporcionar ayuda, información, un feedback constructivo, y sentimientos de desarrollo en los profesionales, lo que favorece su autodeterminación y bienestar (Deci, Connell, y Ryan, 1989; Langford, Bowsher,

Maloney, y Lillis, 1997). Además, puede promover la ventilación después de un evento estresante, el reconocimiento del trabajo emocional, y ofrecer orientación y consejo ante determinados problemas (King, 2012).

La evidencia empírica muestra que el apoyo social en el trabajo contribuye a sentirse más implicado con éste y eso redundar en la satisfacción laboral y en la salud emocional del trabajador (Simbula, 2010). Cuando los trabajadores sienten que no tienen suficientes recursos laborales de carácter social, aparece la tensión prolongada y el agotamiento emocional (Wright y Cropanzano, 1998). Por ejemplo, no sentirse apoyado por el supervisor de la unidad es una fuente de desgaste en enfermería, falta de implicación e intenciones de abandono de la organización (Burke et al., 2012; Renzi et al., 2012).

En concreto en este ámbito, el apoyo social amortigua el impacto de las demandas emocionales sobre la salud de las enfermeras/os (De Jonge y Dormann, 2006; Gabel-Shemueli y Ceretti, 2014; Lavoie-Tremblay, Trépanier, Fernet, y Bonneville-Roussy, 2013). Además, está asociado con la presencia de menores niveles de agotamiento emocional y fatiga (Escribá-Agüir, Pons, Reus, 2001; Janssen, de Jonge, y Bakker, 1999; Jones, Hocine, Salomon, Dab, Temime, 2015; Sundin, Hochwälder, y Lisspers, 2011) y predice *work engagement* y satisfacción laboral (Hayes et al., 2010; Othman y Nasurdin, 2013; Vera, Martínez, Lorente, y Chambel, 2015).

La energía del trabajador como recurso

La energía es un recurso altamente valorado por los individuos porque permite alcanzar y conseguir otro tipo de recursos (Hobfoll, 1989). Pero es un recurso limitado y la mayor parte de actividades envueltas en los procesos de auto-regulación consumen energía (Baumeister et al., 1998). El concepto de energía en el trabajo y otros conceptos afines están recibiendo mucha atención en los últimos años (Cole, Bruch y Vogel, 2012). Como muestran Zohar, Tzischinski, y Epstein (2003), las reservas de energía que tenga el trabajador a la hora de enfrentar su jornada laboral podrían influir en la percepción y reacción emocional a los eventos ocurridos en el trabajo, y de ahí uno de sus principales motivos de importancia, aunque no el único.

Los niveles de vigor y agotamiento emocional de los trabajadores han sido frecuentemente considerados como un reflejo de sus recursos energéticos, y de su motivación hacia el trabajo (Demerouti, Bakker, Sonnentag, y Fullagar, 2012; Shirom, 2011; Sonnentag y Niessen, 2008).

El vigor se refiere a un estado mental relacionado con el trabajo caracterizado por altos niveles de energía y resiliencia mental mientras se trabaja, la intención de invertir esfuerzos en el trabajo, y la persistencia ante las posibles dificultades que aparezcan en él (Schaufeli, Salanova, González-Romá, y Bakker, 2002, p.74). Es uno de los componentes principales del constructo de *work engagement* o implicación laboral. Shirom (2011), lo considera no sólo reflejo de los niveles de energía del trabajador, sino también como una emoción positiva relacionada con el trabajo.

Un constructo relacionado con el de vigor, entendido en varios trabajadores científicos como lo mismo, aunque procede de una tradición muy diferente es el de vitalidad subjetiva (Ryan y Fredereick, 1997; Sonnentag y Niessen, 2008). La vitalidad se define como la experiencia de estar lleno de energía y sentirse vivo (Ryan y Frederick, 1997), lo que le hace un constructo diferente pero relacionado con el vigor (Shirom, 2011). Según Ryan y Frederick (1997), refleja un estado de bienestar físico y mental, un sentimiento de sentir energía disponible para uno mismo profundamente conectado con la auto-realización y la agencia personal.

Por otro lado, el agotamiento emocional es uno de los componentes principales del desgaste profesional, y se caracteriza por una falta de energía, afecto negativo, y la percepción de que los recursos emocionales y energéticos se han agotado (Maslach y Jackson, 1984).

Un constructo también relacionado con la falta de energía son los sentimientos de fatiga. La fatiga laboral es uno de los indicadores más habituales para describir los efectos negativos del trabajo y de la falta de recuperación de éste. Cuando se estudia este constructo desde una perspectiva multidimensional nos referimos a la fatiga física y mental, como puede ser la falta de energía, el agotamiento físico, la presencia de molestias psicósomáticas, la falta de motivación y la sensación de adormecimiento (Ahsberg, Garnberale, y Kjellberg, 1997).

La vitalidad y fatiga de los trabajadores puede fluctuar a lo largo de los días y dependiendo de distintos factores físicos y emocionales, como el sueño o el descanso (Ryan y Frederick, 1997). Sin embargo, los niveles de vigor y agotamiento emocional en algunos estudios se consideraban estados relativamente estables en el tiempo (Schaufeli et al., 2002). No obstante, algunos estudios muestran que el vigor y el agotamiento son también estados eventuales susceptibles de fluctuar a nivel diario (Sonnentag y Niessen, 2008). Por ejemplo, un trabajador podría manifestar de modo habitual unos niveles generales de energía y motivación hacia su trabajo, sin embargo,

ciertos días sentirse apenas sin ella por un exceso de sobrecarga o una falta de recuperación.

El estudio de los recursos energéticos de los trabajadores de enfermería es relevante por varios motivos (Simpson, 2009). En primer lugar, estos profesionales se ven sometidos a una gran cantidad de demandas y factores laborales que pueden menoscabar y reducir sus niveles de energía y motivación (Jenaro, Flores, Orgaz, y Cruz, 2011). En segundo lugar, esa pérdida podría provocar la intención de abandonar la profesión en estos trabajadores (Heinen et al., 2013), un empeoramiento de la calidad asistencial (Poghosyan et al., 2010) y una disminución de su salud y bienestar personal (Kanste, 2011; Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Scheufeli, 2000). Por último, la presencia de altos niveles de vigor y dedicación en los trabajadores se ha asociado con un amplio abanico de resultados organizacionales positivos (Halbesleben, 2010).

La provisión de recursos mediante la recuperación del trabajador

La teoría de Hobfoll también se ha aplicado al estudio de la recuperación del estrés laboral. Los trabajadores pueden intentar restablecer sus energías y recursos desgastados durante la jornada en el periodo de descanso, implicándose en actividades que lo permitan (Bakker, Van Emmerick, Geurts, y Demerouti, 2008; Demerouti, Bakker, Geurts, y Taris, 2009; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Sanz-Vergel y Garrosa, 2012).

No obstante, la teoría que mejor ha descrito el proceso de recuperación del trabajador ha sido el Modelo de Esfuerzo-Recuperación (E-R model) propuesto por Meijamn y Mulder (1998). Estos autores establecieron que el esfuerzo asociado a la realización de tareas laborales causa reacciones de estrés y tensión en el profesional que se manifiestan inevitablemente en una activación simpática (p.e. un incremento de la tensión arterial y del ritmo cardiaco), y en otros indicadores subjetivos (p.e. sensación de fatiga). Bajo situaciones normales, las reacciones agudas de estrés y la activación del sistema simpático vuelven a sus niveles anteriores a la exposición a esas demandas cuando se termina la jornada laboral (Sonntag y Natter, 2004). Se produce la recuperación del organismo y ya está listo para afrontar los estresores del día siguiente. Pero si esa activación continúa durante periodos prolongados de tiempo y durante las horas en las que no estamos en el trabajo, no se produciría una recuperación completa. Como consecuencia, el trabajador comenzará la próxima jornada en condiciones menos óptimas de funcionamiento, lo que le llevará a tener que invertir un esfuerzo extra con el

fin de rendir mejor. Si la situación se repite día tras días, la probabilidad de que el organismo desarrolle reacciones fisiológicas crónicas perjudiciales (p.e. hipertensión o fatiga crónica) es muy elevada, porque el individuo ya comienza la jornada en un estado psicofisiológico de riesgo (Sluiter, Frings-Dresen, Van der Beek, y Meijman, 2001).

Para restaurar su capacidad funcional, la persona necesita por tanto recuperarse de ese esfuerzo empleado en las tareas laborales, preferiblemente sin activar los sistemas funcionales activados durante la realización de esas tareas (Geurts y Sonnentag, 2006).

La recuperación ayuda a prevenir la acumulación de fatiga y estrés, y permite al individuo recuperar sus niveles de energía para hacer frente a las nuevas demandas (Sonnentag y Geurts, 2009; Sonnentag y Niessen, 2008). La inhabilidad para recuperarse después de la jornada de trabajo puede tener efectos negativos considerables sobre el bienestar y salud de los trabajadores (Drach-Zahavy y Marzuq, 2013; Saxbe, Repetti, y Nishina, 2008; Winwood y Lushington, 2006).

La recuperación se ha estudiado de varias formas: como un resultado o estado producido por haber puesto en práctica determinadas actividades (p.e. debido a que uno ha practicado un deporte por la tarde, se siente más relajado y menos fatigado); como una necesidad (p.e. sentir urgencia de descansar tras un periodo intenso de trabajo); como actividades específicas de recuperación (p.e. dormir, hacer meditación, actividad social, deporte); o como experiencias de recuperación que subyacen a las actividades anteriores (Sonnentag, 2001). Todas ellas forman parte del proceso de recuperación, pero no son lo mismo.

En concreto, las experiencias de recuperación son procesos y eventos que favorecen la provisión de recursos (Sonnentag y Niessen, 2008). Son estrategias que pone en marcha el individuo para evitar los efectos negativos de las situaciones estresantes. De esta forma no serían actividades en sí mismas las que nos ayudan a recuperarnos, sino el proceso psicofisiológico que subyace a ellas, como la sensación de haber desconectado o haberse relajado (Saxbe et al., 2008; Sonnentag y Fritz, 2007).

La recuperación puede ocurrir dentro o fuera del trabajo (i.e. recuperación interna vs. externa). Aquí nos centramos en la segunda, es decir, en la recuperación que se produce después de la jornada laboral. Si bien esta puede incluir los periodos de vacaciones y/o fines de semana, específicamente aquí se abordará la recuperación diaria después del trabajo, quizá la más relevante para la salud y el bienestar de los trabajadores (Sonnentag, 2001; Sonnentag y Geurts, 2009).

Las experiencias de recuperación después del trabajo se han abordado como un recurso personal más de la persona, pues están relacionadas con la capacidad del individuo para influir en su medio ambiente y reducir el estrés (Moreno-Jiménez et al., 2012; Poulsen, Poulsen, Khan, Poulsen, y Khan, 2015). Sin embargo, la visión más consolidada en la literatura es que las experiencias de recuperación no serían un recurso en sí mismo, sino un mecanismo para restaurar esos recursos (Sonnetag y Fritz, 2007). Durante los procesos de recuperación, los sistemas psicológico y fisiológico de los individuos vuelven a los niveles previos de la presencia del estresor y permiten restaurar los recursos invertidos para hacer frente a nuevas demandas y evitar el desgaste crónico (Saxbe et al., 2008).

Sonnetag y Fritz (2007) propusieron cuatro experiencias de recuperación específicas: distanciarse psicológicamente del trabajo; la experiencia de relajación; la búsqueda de retos; y el control del tiempo libre. A pesar de que todas ellas han mostrado estar asociadas con el bienestar de los trabajadores (Sanz-Vergel et al., 2010), la mayoría de trabajos se han centrado principalmente en el distanciamiento psicológico y la relajación, siendo las dos experiencias de recuperación que más apoyo empírico han recibido (Sonnetag y Fritz, 2007).

El distanciamiento psicológico se refiere al sentido de estar fuera del trabajo, física y mentalmente. Es decir, implica que los individuos dejen de pensar en asuntos relacionados con el trabajo cuando salen de éste (Etzion, Eden, y Lapidot, 1998; Sonnetag y Bayer, 2005; Sonnetag y Fritz, 2007). Cuando el trabajador se distancia psicológicamente, se deja de cargar también el sistema psicofisiológico de la persona (Saxbe et al., 2008). Cuando el distanciamiento psicológico es bajo, los pensamientos asociados con los estresores laborales continúan presentes fuera del trabajo y por tanto la activación se mantiene presente (Sonnetag, 2011). La asociación entre distanciamiento psicológico y diferentes indicadores de salud y bienestar ha sido demostrada a través de diferente metodología. Por ejemplo, en estudios transversales se ha relacionado con una menor sintomatología somática, ansiedad, depresión y afecto negativo (Sanz-Vergel et al., 2010; Moreno-Jiménez, et al., 2012). En un estudio longitudinal llevado a cabo por Moreno-Jiménez y Gálvez-Herrer (2013), se mostró como el distanciamiento influía en la satisfacción con la vida de los trabajadores después de 6 meses. También estudios de diario muestran como aquellos trabajadores que se distancian psicológicamente del trabajo sienten mejor estado de ánimo, menos fatiga y mejor calidad de sueño estando en casa, lo que al mismo tiempo podría influir

en un estado emocional más positivo al día siguiente (Sonnetag y Bayer, 2005; Sonnetag, Binnewies, y Mojza, 2008).

Por otro lado, la experiencia de relajación implica un estado en el que la persona tiene una baja activación fisiológica y un elevado nivel de afecto positivo, por lo tanto es un elemento que favorece la modulación del componente fisiológico de las emociones (Lawrence et al., 2011; Sonnetag y Fritz, 2007). Como en el caso del distanciamiento, la experiencia de relajación después del trabajo también se ha asociado con menores niveles de ansiedad, sintomatología somática (Moreno-Jiménez, et al., 2012), y agotamiento emocional (Siltaloppi, Kinnunen, y Feldt, 2009). En el estudio llevado a cabo por Binnewies, Sonnetag, y Mojza (2010), la experiencia de relajación durante el fin de semana era la estrategia más predictiva del sentirse recuperado al comienzo de la semana, por encima incluso que el distanciamiento psicológico.

1.3.2. La Teoría de Demandas y Recursos Laborales

La Teoría de Demandas y Recursos laborales (JD-R; Bakker y Demerouti, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001) nos permite comprender, explicar, y pronosticar el bienestar, la motivación, y la salud de los trabajadores (Bakker y Demerouti, 2013). Se originó principalmente para predecir el *burnout* y *engagement* de éstos, así como sus consecuencias. Por ello, esta teoría ha sido utilizada como marco de numerosas investigaciones en este ámbito. Como curiosidad, uno de los textos fundacionales donde se expone el modelo original tiene como objetivo explicar el proceso de agotamiento y falta de implicación entre las enfermeras/os (Demerouti, et al., 2000).

Una de las ventajas de esta teoría es su flexibilidad porque puede ser aplicada a la mayoría de ambientes de trabajo, ya que permite su adaptación a las características específicas de cada ambiente laboral. Esto lo consigue gracias a que establece dos categorías laborales generales, llamadas demandas y recursos laborales, que inician dos tipos de procesos conocidos como el “proceso de deterioro energético y de la salud” y el “proceso motivacional” (ver figura 1.1).

Las demandas laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, organizacionales, o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y conllevan costes fisiológicos y psíquicos en el trabajador. Debido a ello, las demandas son las principales predictoras del agotamiento emocional o problemas psicosomáticos, e inician el proceso de deterioro energético.

Los recursos laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, organizacionales y sociales del trabajo que pueden: a) reducir las exigencias del trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados; b) ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo; y c) estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo. Así, los recursos laborales no sólo reducen las demandas, sino que también tienen un efecto beneficioso en sí mismo. Los recursos están más asociados con el *engagement* de los trabajadores que con el agotamiento emocional, y por lo tanto inician el proceso motivacional de este modelo. Ello puede deberse a que los recursos laborales satisfacen necesidades humanas básicas, como la necesidad de autonomía, competencia y necesidad de afiliación (Deci y Ryan, 1985; Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Soenens, y Lens, 2010).

Además, las demandas y los recursos pueden interactuar a la hora de predecir el bienestar y la motivación del trabajador. De esta manera, los recursos pueden amortiguar el impacto de las demandas en el estrés y el agotamiento emocional (“hipótesis de moderación”); y por otro lado las demandas pueden amplificar el impacto de los recursos sobre la motivación y el *engagement* (“hipótesis de potenciación”). Es decir, los recursos cobrarían mayor importancia e impacto en el *engagement* cuando las demandas son elevadas (Bakker y Demerouti, 2013; Bakker y Sanz-Vergel, 2013; Clark y Loxton, 2012). En este sentido, un interesante estudio llevado a cabo por Xanthopoulou, Bakker, y Fischbach (2013) refleja como las demandas emocionales procedentes del trabajo generan motivación entre los trabajadores con alta auto-eficacia. También De Jonge, Le Blanc, Peeters, y Noordam (2008) encontraron que entre aquellas enfermeras/os con mayores recursos laborales, las demandas emocionales se asociaban de forma positiva con la creatividad y el *engagement*.

Más tarde este modelo sufrió una extensión para incorporar los recursos personales en la explicación del bienestar y motivación (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2007). En concreto, el rol de los recursos personales desde esta teoría cumpliría varias funciones: a) moderar la relación entre las demandas de trabajo, la salud y bienestar (rol moderador); b) mediar entre los recursos laborales y el bienestar (rol mediador); y c) como antecedentes de la activación de recursos laborales que deriven en un mayor *engagement* y bajo agotamiento (ver figura 1.1)(Xanthopoulou et al., 2007; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2009).

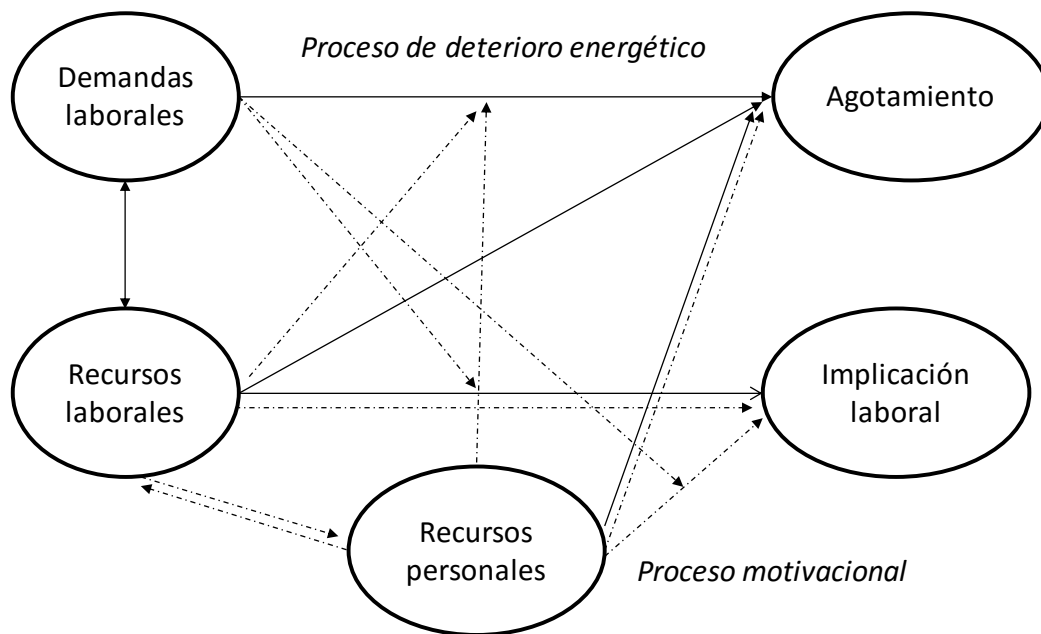


Figura 1.1. Desarrollo actual del Modelo JD-R. Las líneas continuas indican los efectos directos entre las variables. Las líneas discontinuas indican el efecto indirecto.

Como podemos observar en la figura 1.1, los recursos laborales fomentan también el desarrollo de recursos personales (Huang, Wnag, y You, 2015; Simbula, Guglielmi, y Scheufeli, 2011; Xanthopoulou et al., 2007). Utilizando la teoría JD-R se han estudiado principalmente el rol mediador de la auto-eficacia, la autoestima y el optimismo. Sin embargo, recientes trabajos están incorporando otros recursos personales dentro del modelo, como el sentido de la coherencia o la pasión por el trabajo (Trépanier, Fernet, Austin, Forest, y Vallerand, 2014; Vogt et al., 2015). Por ejemplo, Trépanier et al. (2014) examina como la pasión por el trabajo media la relación entre recursos laborales y burnout/engagement en una muestra de enfermeras.

Modelo de Demandas y Recursos Laborales Diferenciado

Comentaremos aquí uno de los principales cuestionamientos de la teoría JD-R debido a la relevancia que tiene para la comprensión del primer estudio empírico que recoge este trabajo. Algunos autores señalaron que este modelo podría ser demasiado parsimonioso, es decir, se podrían haber generalizado tanto sus premisas de que las demandas producían de forma directa agotamiento y tensión, pero no *engagement*, que el modelo no era capaz de recoger una cantidad importante de estudios que obtenían resultados inconsistentes con estas premisas (Crawford, Lepine, y Rich, 2010). Como señalan Crawford et al. 2010, la teoría JD-R podría fallar en dar cuenta de la distinta

evaluación e interpretación que podrían hacer los trabajadores de las demandas (como obstaculizadoras vs. retadoras). Por lo tanto, según estos autores sería necesario reconsiderar la teoría anterior e incorporar esta diferenciación. Este planteamiento se sustenta en la diferenciación que se hace en los trabajos desarrollados por Cavanaugh, Boswell, Roehling, y Boudreau (2000) y Lepine, Podsakoff, y Lepine (2005), quienes señalaban que los estresores podían categorizarse como obstaculizadores o retadores.

Los estresores obstaculizadores son considerados demandas estresantes que tienen el potencial de frustrar el crecimiento personal, y son percibidos por los trabajadores como barreras innecesarias. Tienden a generar emociones negativas, y promueven un estilo de afrontamiento pasivo y evitativo. A las personas les cuesta más implicarse en este tipo de demandas porque quieren evitar experimentar ese tipo de emociones negativas, y porque les resulta menos motivante.

Los estresores retadores son considerados también demandas estresantes, que requieren de energía, pero que tienen el potencial de promover el dominio del ambiente y el crecimiento personal. Son generadores de emociones positivas, y promueven un estilo de afrontamiento activo y resolutivo. A la gente no le importa invertir energía y esfuerzo en ellos porque se sienten más confiados y seguros de que merecerá la pena invertir ese esfuerzo para hacerles frente y obtener los resultados esperados.

Los nuevos planteamientos que se han sugerido incorporar a la teoría JD-R tienen una clara influencia de la Teoría Transaccional del Estrés (Lazarus y Folkman, 1984). De acuerdo con esta teoría, las personas evalúan las situaciones estresantes en términos de su capacidad para afectar a su bienestar, es decir, como situaciones amenazantes o retadoras. El resultado de esta evaluación inicial influirá en las emociones, cogniciones, y conductas de afrontamiento con esa demanda. No obstante, aunque se reconoce el papel de las diferencias individuales, se ha visto que hay una tendencia de los individuos a considerar unas demandas retadoras y otras obstaculizadoras. Por ejemplo, demandas obstaculizadoras pueden ser el estrés de rol y los conflictos interpersonales, mientras que las demandas retadoras pueden ser las demandas emocionales o la presión temporal. No obstante, los autores no logran establecer categorías y asociaciones estables entre estas variables (Crawford et al., 2010).

Bakker y Sanz-Vergel (2013), también sugieren que esta diferencia podría depender del sector ocupacional que estemos explorando. Por ejemplo, estos autores señalan como la presión temporal por realizar el trabajo en el sector sanitario puede implicar menos tiempo para atender a los pacientes, lo que conduzca al estrés. Por el contrario,

las demandas emocionales, que como hemos expuesto en la introducción puede ser uno de los núcleos de la profesión de enfermería, podrían ser consideradas demandas retadoras para estos profesionales. Van den Broeck, De Cuyper, De Witte, y Vansteenkiste (2010), también observaron como las demandas emocionales predecían vigor en policías, pero no en una muestra de teleoperadores.

Un aspecto muy interesante de estos nuevos desarrollos es que señalan que todas las demandas, incluidas las retadoras, tienen el potencial de generar agotamiento emocional, pues incrementan la activación de las capacidades físicas, cognitivas y emocionales, el esfuerzo y la tensión. Pero ello no es incompatible con implicarse en ellas y que resulten motivantes (Schmitt, Ohly, y Kleespies, 2015). Las personas pueden sentir una profunda pasión por su trabajo, implicarse en sus actividades, pero al mismo tiempo reconocer que son agotadoras. Por lo tanto, de acuerdo con Crawford et al. (2010), la relación entre demandas, agotamiento y *engagement* sería independiente.

De este modo, la diferenciación que proponen algunos autores para incorporar a la teoría JD-R contribuiría a la explicación de la evidencia empírica que muestra como las demandas laborales también pueden generar niveles de *engagement* elevados (Inoue et al., 2014; Schmitt et al., 2015; Tádić, Bakker, y Oerlemans, 2015; Xanthopoulou, et al., 2013).

1.3.3. Modelo de Compensación del Esfuerzo Inducido por la Demanda

El Modelo de Compensación del Esfuerzo Inducido por la Demanda (*DISC-Model*; *The Demand-Induced Strain Compensation Model*; De Jonge y Dormann, 2003, 2006) intenta explicar al igual que la teoría anterior cómo los trabajadores llegan a experimentar respuestas de estrés y motivación en el trabajo. Sin embargo, introduce algunos planteamientos nuevos que son relevantes para los estudios que aquí se presentan.

De Jonge y Dormann (2003) exponen que la especificidad con la que las demandas y recursos laborales son medidos y la forma en la que los recursos laborales se corresponden o ajustan a las demandas laborales va a determinar la forma en la que se observa su efecto moderador, lo que se conoce como el “principio de ajuste” (De Jonge y Dormann, 2006). Así, de acuerdo con este principio, el efecto amortiguador de los recursos frente al estrés y sus reacciones es más probable que ocurra cuando se utilizan los recursos más apropiados para la naturaleza de la demanda. Por ejemplo, los recursos físicos conceden la energía física necesaria para hacer frente a las demandas físicas. De

la misma forma, a un trabajador que está teniendo un problema con las emociones y conducta de un usuario, le vendrá muy bien desplegar sus competencias emocionales para lidiar con esa situación o buscar apoyo entre sus compañeros. Según el modelo DISC, a las demandas de trabajo primero se les intentaría hacer frente con los recursos que más se ajustan a la naturaleza de las demandas, y con aquellos que se encuentran más disponibles para el trabajador. Estos recursos primero suelen ser los internos, es decir, los recursos personales. Sólo cuando esos recursos no están disponibles, o se han agotado, entonces se acudiría a otro tipo de recursos (De Jonge y Dormann, 2006). Como podemos comprobar, según este modelo lo importante no es tanto la cantidad de recursos, sino la especificidad de los mismos.

La innovación del modelo viene también de la mano de la propuesta de dos principios clave: el “principio multidimensional” y el “principio de triple ajuste”. El primer principio establece que es necesario distinguir tres tipos de demandas, recursos y consecuencias atendiendo a su naturaleza cognitiva, emocional y física. Por otro lado, el principio del triple ajuste viene a decir que las relaciones interactivas más fuertes entre las demandas y los recursos van a ser encontradas cuando las demandas, los recursos y las consecuencias son de la misma naturaleza. De esta forma, sería más probable que por ejemplo el apoyo emocional de los compañeros mitigara el efecto de las demandas emocionales sobre el agotamiento emocional. Aunque no quiere decir que no haya efecto de otras interacciones cuando no se cumpla este principio. Además, también señala que el ajuste podría darse sólo entre las demandas y los recursos; y entre cada demanda o recursos con las consecuencias (“principio de doble ajuste”). Lo más efectivo sería el triple ajuste, después el doble ajuste, y después la ausencia de ajuste. En los tres casos se podrían dar efectos significativos, pero variará la fuerza del efecto.

Al igual que la teoría JD-R, este modelo también intenta describir un proceso de deterioro energético y un proceso motivacional en los trabajadores. A través del “mecanismo de compensación o amortiguación del estrés”, sus autores explican que el efecto de las demandas laborales sobre la salud de los trabajadores puede ser amortiguado cuando hay disponibles recursos laborales específicos para lidiar con esas demandas y cuando comparten la misma naturaleza (De Jonge et al., 2014). Es decir, el mecanismo explicado en el párrafo anterior. Mientras que por el “mecanismo de balance o activación-promoción”, los autores de este modelo explican como el funcionamiento óptimo de los trabajadores, su aprendizaje, y crecimiento va a depender de que haya una

mezcla equilibrada de altas demandas (que no sobrepasen a los individuos) y recursos que se ajusten a su naturaleza.

Algunos estudios recientes corroboran este modelo en el ámbito sanitario (De Jonge et al., 2008; Lavoie-Tremblay et al., 2013; Niks, De Jonge, Gevers, y Houtman, 2015). Por ejemplo, Lavoie-Tremblay et al. (2013) exploran en una muestra amplia de enfermeras cómo los recursos laborales de naturaleza emocional (i.e. el apoyo de compañeros y del supervisor) reducen el efecto de las demandas emocionales sobre el estrés emocional. Es decir, este estudio corroboraría el “principio de triple ajuste” y el “mecanismo de compensación”. Niks et al. (2015) también con profesionales de enfermería muestra como la presencia de recursos laborales de tipo emocional ante la presencia de altas demandas emocionales favorece la creatividad de los profesionales. Es decir, este estudio corroboraría el “principio de doble ajuste” y el “mecanismo de activación-promoción”.

Por último, en los recientes desarrollos de este modelo, se han incorporado las experiencias de recuperación después del trabajo (De Jonge, Demerouti, y Dormann, 2013; De Jonge, Spoor, Sonnentag, Dormann, y van den Tooren, 2012) como elemento que puede favorecer el bienestar, la salud, y el rendimiento de los trabajadores cuando se produce un ajuste de esas experiencias con la naturaleza psicológica o física de las demandas, recursos o consecuencias analizadas. De esta forma, el modelo ha pasado a denominarse *DISC-R model* (De Jonge, Spoor, Sonnentag, Dormann, y Van den Tooren, 2012). Así, aquellos profesionales de la salud que hacen un esfuerzo emocional importante durante su jornada de trabajo, podrían beneficiarse más de una recuperación de corte emocional durante su tiempo libre frente a otro tipo de recuperación. Al igual que un trabajador de la construcción con una importante demanda física que se verá mayormente recuperado si después de la jornada pone en marcha una recuperación de índole más física (De Jonge et al., 2013).

1.4. Prevención del riesgo psicosocial y promoción de la salud mediante programas de intervención

Ante los elevados niveles de estrés y demandas laborales a los que se enfrentan los profesionales de enfermería, muchas organizaciones sanitarias y sus departamentos de prevención deciden poner en marcha acciones dirigidas a la prevención de riesgos psicosociales y la promoción de la salud. En la literatura podemos encontrar intervenciones psicosociales dirigidas al trabajador que han mostrado ser eficaces a la

hora de reducir sus niveles de estrés y aumentar su bienestar. Entre ellas encontramos aquellas dirigidas a modificar la presencia de estresores objetivos, y aquellas dirigidas a fomentar el afrontamiento eficaz del trabajador y aumentar sus recursos (Richardson y Rothstein, 2008). Utilizando el marco teórico basado en recursos que ha guiado el apartado anterior, se describen aquí los principales tipos de intervención que se pueden llevar a cabo dentro de la organización (ver figura 1.2), dedicando un especial énfasis a las intervenciones dirigidas al aumento de los recursos del trabajador.

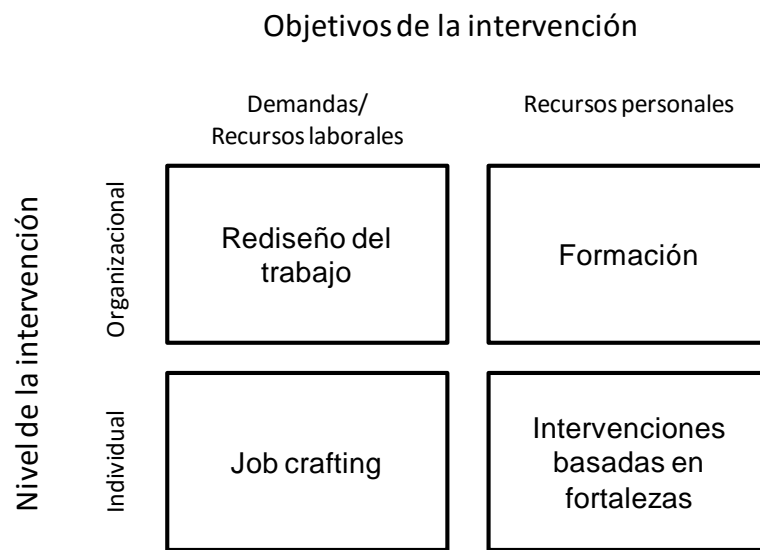


Figura 1.2. Intervenciones basadas en la teoría JD-R. Adaptado de Bakker y Demerouti (2013)

1.4.1. Intervenciones dirigidas a disminuir las demandas y aumentar los recursos laborales

Rediseño del trabajo

Se trata de intervenciones estructurales a nivel macro, donde se interviene desde “arriba hacia abajo”, y que consisten en la modificación de las condiciones de trabajo por parte de la organización con el objetivo de reducir el estrés del profesional y aumentar su bienestar y motivación.

Este tipo de intervenciones puede consistir en un aumento de la plantilla para reducir la carga de trabajo, en el desarrollo de un estilo de liderazgo transformacional que asegure la cohesión del grupo y la reducción de conflictos interprofesionales, en el aumento de las recompensas o del apoyo recibido, el incremento de la autonomía del trabajador, o el enriquecimiento de los puestos de trabajos en cuanto a habilidades y significado.

Sin embargo las medidas organizacionales para reducir el impacto del estrés pueden tener un impacto limitado. En primer lugar, no todas las demandas tienen el mismo efecto en función de las diferentes áreas o unidades médicas. En segundo lugar, y como hemos comentado en el punto anterior, no todas las demandas son igualmente percibidas como estresantes por todos los trabajadores. Por último, las organizaciones reconocen que muchas veces no pueden cambiarse ciertas condiciones de trabajo por cuestiones del puesto en sí, o por cuestiones económicas, entre otras (Villardaga et al., 2011). Por ello es necesario un acercamiento más personalizado y dirigido al individuo a la hora de plantear una intervención laboral, sin que con ello se caiga en el error de pensar que la responsabilidad de sufrir estrés o mejorar el bienestar reside únicamente en el individuo (Giga, Cooper, & Faragher, 2003; McVicar, 2003).

Job Crafting

Las intervenciones basadas en el concepto de *job crafting* están basadas en la teoría JD-R, y en el supuesto de que los trabajadores logran su mejor rendimiento laboral en entornos de trabajo exigentes y con recursos (Demerouti y Bakker, 2014). En estas intervenciones el agente activo es el propio trabajador, al que se le insta a que busque retos dentro de su propio trabajo, movilice recursos laborales e intente reducir sus demandas laborales (Van den Heuvel, Demerouti, y Peeters, 2012). Por lo tanto son acciones “de abajo hacia arriba”.

Job crafting es una estrategia laboral, positiva y proactiva. Específicamente consta de tres elementos (Petrou, Demerouti, Peeters, Schaufeli, y Hetland, 2012): la búsqueda de retos (p.e. búsqueda de demandas o tareas interesantes para el trabajador); la búsqueda de recursos (p.e. incremento del apoyo laboral o solicitud de feedback); y c) la reducción de demandas (p.e. reducción de carga laboral). Cuando los profesionales siguen esta estrategia -en la medida de lo que le permite su puesto de trabajo-, pueden llegar a aumentar sus niveles de *engagement* y satisfacción laboral, así como reducir sus niveles de desgaste profesional (Tims, Bakker, y Derks, 2013). No obstante hay controversia con la última estrategia, la reducción de demanda (Gordon, Demerouti, Le Blanc, y Bipp, 2015). Como ya se ha argumentado previamente, en muchos puestos los niveles de motivación, rendimiento y bienestar se dan cuando hay una mezcla de altas demandas y un elevado número de recursos. Disminuir la demanda puede convertir al trabajo en monótono o menos retador. Además puede conllevar una valoración negativa por parte de otros compañeros y los supervisores (Koltz y Bolino, 2013). Por lo tanto,

desde este tipo de intervenciones se destaca principalmente la búsqueda de retos y de recursos (Petrou et al., 2012). No obstante va a depender del puesto de trabajo y la profesión.

El primer estudio en evaluar este tipo de intervenciones fue llevado a cabo por Van den Heuvel, Demerouti y Peeters (2012) con un grupo de policías. La intervención consistía en tres fases desarrolladas en un intervalo de 4 semanas. En concreto consistió en 1) la realización de un taller de una sesión sobre el concepto de *job crafting* y la teoría JD-R; 2) la cumplimentación de un diario semanal en el que los profesionales van registrando los cambios deseados y alcanzados, es decir, su plan personal (PCP; *Personal Crafting Plan*); y 3) la asistencia a un encuentro final en una sesión de reflexión donde se comentan logros alcanzados y dificultades. Los resultados mostraron que los agentes después de la intervención vieron aumentados ciertos recursos laborales (i.e. contacto con el supervisor y con oportunidades de desarrollo profesional), personales (i.e. auto-eficacia), y manifestaron un mejor balance de emociones positivas y negativas.

1.4.2. Intervenciones dirigidas a aumentar los recursos personales del trabajador

En el ámbito de las organizaciones, las intervenciones dirigidas al trabajador pueden consistir en formaciones dirigidas por la propia organización para dotar de ciertas competencias y habilidades a los trabajadores, o en intervenciones dirigidas a identificar y promover sus fortalezas (Bakker y Demerouti, 2013). En el ámbito de la enfermería, este tipo de intervenciones son altamente valoradas porque las demandas de trabajo en el sector a veces son difíciles de modificar (Kravits, McAllister-Black, Grant, y Kirk, 2010; Zeller y Levin, 2013).

Entrenamientos para el manejo del estrés

Los entrenamientos de manejo del estrés en el lugar de trabajo, conocidos como SMT (*Stress Management Training*) han sido ampliamente validados y han mostrado ser efectivos para mejorar el bienestar de los trabajadores (Richardson y Rothstein, 2008; van der Klink, Blonk, Schene, y van Dijk, 2001). Principalmente están basados en los principios y técnicas cognitivo-conductuales (CBT; *Cognitive Behavioural Therapy*), y sus objetivos suelen ser incrementar las habilidades de afrontamiento del estrés en los profesionales (p.e. resolución de problemas, relajación, reestructuración cognitiva) y reducir y/o modificar los pensamientos, sensaciones y emociones

negativas. El hecho de que sean intervenciones altamente estructuradas, limitadas en el tiempo, y basadas en habilidades pueden ser las razones fundamentales para que hayan sido implementadas ampliamente en las organizaciones (Flaxman y Bond, 2010a). En el ámbito de la enfermería se han aplicado con éxito y han mostrado su eficacia para reducir el estrés de los profesionales y mejorar su bienestar (Jones y Johnston, 2000; Mimura y Griffiths, 2003).

Cabe resaltar que un nuevo tipo de intervenciones basadas en los nuevos desarrollos de la terapia conductual, y también considerados SMT, han emergido en el ámbito de las organizaciones, mostrando resultados prometedores: son las intervenciones basadas en las terapias de tercera generación conductista. Las terapias quizás más conocidas y desarrolladas hasta ahora de esta nueva generación en el ámbito laboral han sido la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), y los Programas de Manejo del Estrés Basados en la Atención Plena o Mindfulness (MBSR, Kabat-Zinn, 1990). En estas intervenciones no sólo se le ofrecen habilidades al trabajador para manejar su estrés, sino que el objetivo de éstas también es construir fortalezas personales, principalmente “Flexibilidad Psicológica”.

La Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Acceptance and Commitment Therapy, Hayes et al., 1999), tiene sus bases filosóficas en el contextualismo funcional y en la teoría de los marcos relacionales (*para más detalle ver Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001*).

En el contextualismo funcional, el análisis psicológico considera al organismo como un todo siempre en acción donde priman las funciones que controlan el comportamiento. Según ACT, la conducta puede estar controlada por aspectos contextuales, que no necesariamente tienen por qué ser ambientales. Por ejemplo, los valores de la persona.

Además, de acuerdo con esta terapia y la teoría que la sustenta, el sufrimiento humano muchas veces es el resultado de la influencia verbal y cognitiva sobre la experiencia directa de las personas, en la medida en la que la primera limita la influencia de la experiencia real sobre su conducta. Ello implica que las personas pueden desarrollar conductas que son determinadas de forma rígida por la interpretación de los eventos, y no tanto por el contacto directo con los mismos y con la información real que les ofrecen. Debido a ese proceso, las personas llegan a temer, evitar, y luchar

contra su experiencia emocional negativa (“eventos internos negativos”) como si esas experiencias tuvieran el poder en sí mismas de generar un daño. Mientras se llevan a cabo esas conductas de lucha y de evitación, uno habitualmente pierde el foco e información que le ofrece la experiencia real directa, y que podría ser valiosa para alcanzar sus metas y aprovechar las oportunidades que le ofrece el entorno.

Según Wilson y Luciano (2002), en la vida aprendemos a evitar estímulos peligrosos y otros que no lo son pero que por la actividad simbólica o verbal, lo parecen. Este intento de evitar los eventos internos negativos (i.e. pensamientos, emociones, sensaciones o memorias negativas) es legítimo, y todos de alguna forma lo intentamos hacer. Es decir, la evitación experiencial no es en sí mismo un fenómeno patológico y es un comportamiento natural y aprendido en nuestra sociedad. El problema es cuando la evitación de esos eventos internos se convierte en la forma habitual de relacionarnos con ellos, y cuando esa forma de relacionarnos tiene un coste muy elevado en términos de alejarnos de nuestros valores y metas deseadas (Wilson y Luciano, 2002).

La propuesta de ACT por tanto es *“la aceptación de los eventos privados que están en el camino que las personas eligen para su vida como un componente elegido con la vida y, por tanto, un compromiso con lo que ésta lleve consigo en términos de los eventos privados según la historia personal”* (Wilson y Luciano, 2002). Es decir, desde ACT se trabaja el estar dispuesto a notar o contemplar los eventos privados como lo que son (simplemente eventos mentales sin la función de controlar la conducta), a escoger y clarificar la dirección que uno quiere en su vida haciendo hueco a esos eventos privados en el camino, y a dar pasos en esa dirección (*ACT* = actuar). Desde esta perspectiva, los pensamientos y creencias no necesariamente causan o determinan nuestras conductas y por lo tanto no sería necesario cambiar el contenido de los pensamientos o la valencia de una emoción para cambiar la conducta. Los pensamientos y emociones no son vistos como correctos o incorrectos, sino como útiles o no, para alcanzar una vida valorable y satisfactoria.

ACT tiene su propio modelo de psicopatología y salud (Modelo Hexaflex) representado por el concepto de flexibilidad psicológica (ver figura 1.3):

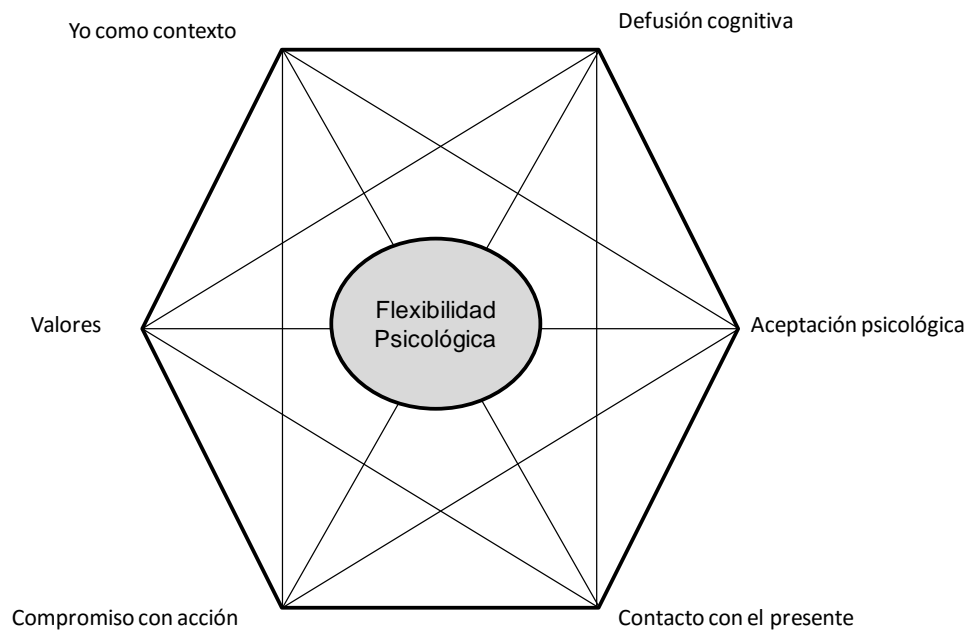


Figura 1.3. Modelo Hexaflex de Salud. Adaptado de Hayes y Stroschal (2004)

La flexibilidad psicológica es la habilidad de las personas para centrarse en la situación que están viviendo, en el presente, y dependiendo de las oportunidades que le ofrece esa situación con referencia a sus valores y metas poner en marcha acciones encaminadas a ellos, incluso con la presencia de eventos internos negativos (pensamientos, emociones, sensaciones o memorias negativas)(Lloyd, Bond y Flaxman, 2013). En realidad, los componentes de compromiso con la acción orientada a los valores y metas personales; y el contacto con la experiencia presente con actitud de aceptación como forma de alcanzar esos valores, son los núcleos principales del modelo hexaflex. El resto de procesos se englobarían en estos dos principios más generales y todos ellos en el constructo de flexibilidad psicológica (Pérez-Álvarez, 2012). En la tabla 1.2 se puede obtener con mayor detalle lo que significa cada componente.

Tabla 1.2. *Componentes del Modelo Hexaflex de salud (Hayes y Stroschal, 2004)*

Componente	Descripción
<i>Defusión cognitiva</i>	<i>El contenido de los pensamientos no tiene porque ser literal y por lo tanto no es necesario responder a ellos, podemos observarlos solamente. Nuestra conducta es guiada por las contingencias del ambiente. Los pensamientos son solo eso, pensamientos. Lo contrario implica estar fusionado con el pensamiento.</i>

<p><i>Aceptación psicológica</i></p>	<p><i>Se refiere a estar abiertos y tener una actitud flexible con respecto a los eventos internos negativos, sin necesidad de cambiarlos o modificarlos. No implica resignarse ni una actitud pasiva, sino más bien una acción positiva que cambia la función de los eventos evitados. Lo contrario es la evitación experiencial.</i></p>
<p><i>Contacto con el presente</i></p>	<p><i>Implica observar la experiencia interna del presente sin enjuiciarla, analizarla o controlarla. Lo contrario es el análisis repetido del pasado o del futuro, perdiendo las contingencias del presente.</i></p>
<p><i>El Yo como contexto</i></p>	<p><i>Implica ser capaz de ir más allá del sentido que uno tiene de su yo, tomar perspectiva y distancia y ver que uno no es el contenido de su pensamiento o sentimientos. Uno es el observador (permanente) de toda su experiencia (impermanente). Lo contrario es el Yo como contenido.</i></p>
<p><i>Clarificación de valores</i></p>	<p><i>Se refiere a tener claros los valores y metas personales para que nuestras acciones/conductas puedan ir encaminadas hacia su consecución y no tanto dirigidas a la evitación de los eventos internos negativos.</i></p>
<p><i>Compromiso con la acción</i></p>	<p><i>Implica un compromiso por parte de la persona por comenzar a guiar su conducta por sus valores y metas personales, siendo sensibles y dejándose llevar por las contingencias ambientales que le pueden acercar a ellos.</i></p>

Como vemos, el fin de esta terapia no es modificar creencias disfuncionales, ni tiene por objetivo la reducción del síntoma como en la CBT, sino la apertura y exposición a los eventos negativos internos con una perspectiva más amplia de lo que son, con el objetivo de reducir la evitación experiencial y poder alcanzar los valores y metas deseadas (Bond y Bunce, 2000; Flaxman y Bond, 2006; Ruiz, 2012). El objetivo inicial no es por tanto eliminar el estrés, sino cambiar la relación que la persona tiene con su

experiencia interna de malestar y promover conductas consistentes con sus valores. Algo que indirectamente sí que podría ayudarles a reducir sus niveles de estrés.

Llegados a este punto, es importante aclarar dos aspectos. Por un lado, desde ACT no se promueve una visión en la que los pensamientos o emociones no tienen importancia. Los eventos internos y el malestar que le genera su presencia es algo que sucede en el individuo y que tiene mucho que ver con sus repertorios básicos de conducta y con la historia de la persona, y ahí es donde cobran su valor. Sin embargo, desde ACT, se promueve cambiar la función de esos eventos y la forma de relacionarnos con ellos para que nuestra conducta esté guiada por las contingencias del ambiente y por nuestros valores. Por otro lado, la aceptación psicológica no es conformarse con las cosas que suceden, ni implica una estrategia de afrontamiento pasiva. Aceptar psicológicamente los eventos implica una actitud activa en la que la persona no sólo acepta su presencia, sino que está abierto a los eventos negativos que pudieran venir en el futuro, está vez relacionándose de otra forma con ellos.

Por último, señalar que la terapia ACT ha mostrado eficacia en un amplio abanico de problemas como la depresión, ansiedad, afrontamiento de la enfermedad, estrés laboral, dolor crónico y consumo de sustancias (Ruiz, 2012). Además, el desarrollo de la flexibilidad psicológica se ha considerado una fortaleza e ingrediente fundamental para alcanzar el bienestar mental (Kashdan y Rottenberg, 2010).

ACT en el ámbito laboral

ACT es un tratamiento que puede ser eficaz para el tratamiento del desgaste profesional y para aumentar los niveles de bienestar entre los trabajadores (Brinkborg, Michanek, Hesser y Berglund, 2011; Flaxman y Bond, 2010a, 2010b; Hosseinaei, Ahadi, Fata, RezaHeidarei, y Mazaheri, 2013; Vilardaga et al., 2011).

Muchos profesionales deciden poner en marcha estrategias de evitación de las experiencias como forma de protegerse de los efectos negativos que pueden tener ciertas situaciones laborales (Losa-Iglesias et al., 2010; Ortega y López, 2004). Por ejemplo, un trabajador podría haber tenido un conflicto con un compañero, y debido a la “incomodidad” que le genera verle todos los días, solicitar un cambio de unidad. Otro trabajador podría intentar evitar el contacto con un paciente que le recuerda a alguien significativo de su vida que ya no está. La evitación a corto plazo reduce la ansiedad y estrés. Sin embargo, una de las consecuencias a largo plazo de esas conductas de evitación son una menor implicación en el trabajo, una reducción de la empatía hacia

los pacientes y en última instancia, el absentismo y la baja laboral. También mayores índices de depresión y ansiedad (Mark y Smith, 2012), pues la evitación de la experiencia negativa nos aleja de nuestras metas y valores, reduce la posibilidad de aparición de refuerzos positivos, e incrementa la reactividad emocional, generando más experiencia negativa (Losa-Iglesias et al., 2010). En este sentido, desde la perspectiva de ACT, el desgaste profesional se podría incrementar debido a la evitación experiencial y a la desconexión entre los valores personales y conductas del día a día (Losa-Iglesias et al., 2010; Vilardaga et al., 2011).

Por el contrario, los trabajadores con mayor flexibilidad psicológica no se ven envueltos en estrategias de evitación y aceptan sus emociones como parte del camino que han decidido recorrer y que está dirigido hacia sus metas y valores. Por ello, tienen una mayor capacidad para darse cuenta y responder de forma más eficaz a las oportunidades relacionadas con sus metas. Esto sucede porque la atención y energía no está dirigidas a controlar la experiencia interna y por lo tanto son más sensibles a la información que ofrece el ambiente laboral para poner en marcha conductas dirigidas a metas (Bond y Bunce, 2003; Bond, Flaxman y Bunce, 2008). Además, el afrontamiento basado en la aceptación psicológica consume menos recursos que el afrontamiento basado en el control emocional (Alberts, Schneider, y Martijn, 2012). Por todo ello se ha visto que la flexibilidad psicológica se relaciona también con un aumento del rendimiento y la productividad de los trabajadores (Bond y Bunce, 2003; Bond et al., 2008).

Estudios desarrollados con diferentes metodologías muestran también la asociación entre los diferentes componentes del Modelo Hexaflex y el bienestar y salud de los trabajadores. El primer estudio en demostrarlo fue el de Bond y Bunce en el año 2000, quienes se consideran los introductores de ACT en el ámbito organizacional. Estos autores se propusieron comparar la eficacia de una intervención focalizada en el afrontamiento emocional basada en ACT, frente a otra intervención focalizada en el afrontamiento del problema en la que se enseñaba a los participantes a identificar y modificar el estresor laboral. Los autores concluyeron que la intervención basada en ACT mejoraba los niveles de salud mental, depresión y la tendencia a la innovación, debido a un aumento de la aceptación psicológica. La intervención basada en el problema también produjo cambios en depresión y en la tendencia a la innovación, pero en este caso mediado por un aumento en la actitud favorable hacia el cambio laboral.

En el estudio transversal desarrollado por Vilardaga et al. (2011) con 699 trabajadores pertenecientes a centros de atención a la drogodependencia, los autores observaron que la evitación experiencial, el bajo compromiso con los valores personales y la fusión cognitiva todavía incrementaban un 11.7% la varianza explicada de agotamiento emocional, un 10% en el caso de la despersonalización, y un 11.9% en el caso de la falta de ajuste, después de controlar variables laborales como la autonomía, apoyo social, sobrecarga, salario y antigüedad. McCracken y Yang (2008) también mostraron como la aceptación psicológica, atención plena y el compromiso con los valores de un grupo de trabajadores sanitarios dedicados a la rehabilitación explicaban un 31% de la varianza de sus niveles de agotamiento emocional, un 13% de sus sentimientos de despersonalización, y un 52% de sus niveles de vitalidad. Resultados similares se han alcanzado también con metodologías de diario. Por ejemplo, en el estudio de Biron y van Veldhoven (2012), la asociación entre trabajo emocional y agotamiento emocional diarios fue mayor entre aquellos trabajadores con menores niveles de flexibilidad psicológica rasgo.

En el campo de las intervenciones psicosociales, al igual que los entrenamientos de manejo del estrés comentados previamente, las intervenciones laborales basadas en ACT se llevan a cabo en grupo y generalmente siguiendo un formato terapéutico conocido como 2+1 (*Two-Plus-One Model of Therapy*; Barkham y Shapiro, 1990). Este modelo de intervención consiste en una intervención breve que comprende dos sesiones de tres horas en dos semanas consecutivas, y una tercera sesión de refuerzo pasados los tres meses. Este formato está altamente recomendado en ámbitos laborales muy dinámicos por su corta duración y flexibilidad (Bond y Bunce, 2000; Vilardaga et al., 2011). En la literatura podemos encontrar varios manuales donde se desarrolla y aplica la terapia ACT siguiendo este formato (Bond, 2004; Bond y Hayes, 2002).

Desde el año 2000 en el que apareció el primer estudio valorando la eficacia de este tipo de intervención breve en el ámbito laboral (Bond y Bunce, 2000), han aparecido numerosas investigaciones que muestran su eficacia (Flaxman y Bond, 2010a,b; Lloyd, Bond y Flaxman, 2013; Wardey, Flaxman, Willig, y Gillanders, 2014). Por ejemplo, en la intervención desarrollada por Flaxman y Bond (2010b), los autores encontraron que los niveles de salud mental mejoraron después de la intervención, especialmente entre aquellos trabajadores más estresados. En la intervención implementada por Lloyd et al. (2013), encontraron mejoras en el agotamiento emocional y tensión de los trabajadores.

Todos los autores coinciden en señalar que el cambio en flexibilidad psicológica es el elemento mediador de esas mejoras.

La literatura refleja que la implementación y evaluación de eficacia de este tipo de intervenciones breves basadas en ACT ha sido escasa en el ámbito sanitario (Maclean, 2013). Sin embargo como se ha comentado, su implementación podría tener beneficios relevantes en el bienestar y salud de estos profesionales, y ser una intervención recomendable en términos de coste-eficacia en un ambiente tan dinámico y estresante como lo es el sanitario (Bond y Bunce, 2000; Vilardaga et al., 2011).

En España hasta donde nosotros hemos podido conocer solo hay una intervención breve basada en ACT dirigida a 15 profesionales sanitarios pertenecientes a una unidad de cuidados paliativos de un hospital madrileño (Ruiz, Rios, y Martin, 2008). Después de la intervención, los investigadores encontraron cambios significativos en la ansiedad-estado de los participantes, en sus niveles de despersonalización y en la falta de ajuste personal, pero no en su agotamiento emocional.

A pesar de que no se encuentre abundante literatura que muestre el valor y eficacia de ACT en el medio sanitario, lo contrario ha ocurrido en el caso de otras terapias también consideradas de tercera generación. Es el caso de las terapias basadas en el desarrollo de la atención plena, elemento que como se ha mencionado anteriormente, ACT considera uno de sus componentes principales.

La atención plena como método para incrementar la acción basada en valores

La atención plena o *mindfulness* consiste en prestar atención al momento presente de forma intencional, sin juzgar, momento a momento (Kabat-Zinn, 1990). Requiere por tanto la regulación de la atención y una orientación a las experiencias caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación (Bishop et al., 2004). Cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es. Y se reconoce su naturaleza transitoria. Otros autores han definido *mindfulness* como el estado de consciencia caracterizado por la atención receptiva y la consciencia de los eventos y experiencias del presente, sin evaluación, juicio, y sin filtros cognitivos (Brown y Ryan, 2003). De acuerdo con algunas medidas operacionales de *mindfulness* (i.e. FFMQ; the Five Factor Mindfulness Questionnaire; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, y Toney, 2006), éste recogería 5 facetas: *actuar con consciencia, ausencia de enjuiciamiento, ausencia de reactividad, observación y descripción*. Actuar con consciencia implica estar atento a la experiencia y acciones del presente, y no

dejarnos llevar por hábitos automáticos. La ausencia de enjuiciamiento de la experiencia interna implica la capacidad de no estar criticando constantemente nuestros pensamientos y emociones. Es decir, implica aceptación. La ausencia de reactividad emocional conlleva también aceptación y una capacidad para dar respuesta a los estímulos de una forma más libre, elegida, sin caer en los condicionantes del pasado o impulsos. La faceta de observar se refiere a la capacidad de darnos cuenta de los estímulos internos y externos que hay en nuestra consciencia. Por último, la faceta de describir refleja la capacidad para describir nuestros pensamientos, sensaciones, y emociones con palabras.

El concepto de mindfulness se ha utilizado para denominar: a) un proceso psicológico; b) una forma de meditación específica; y c) un rasgo de las personas (Glomb et al., 2011). El concepto tiene su origen en las tradiciones espirituales orientales y se puede encuadrar dentro de la filosofía budista. No obstante, el concepto de mindfulness en sí mismo no tiene una connotación religiosa.

Desde la perspectiva estado vs. rasgo, mindfulness también se ha considerado como un estado psicológico, y su aparición puede darse sin la práctica de meditación. Es decir, aunque la práctica ayuda a desarrollar estos estados, hay personas que lo alcanzan de forma natural. Por lo tanto, puede haber variaciones intra-individuales que reflejarían que es un estado, pero también variaciones interindividuales que reflejarían la expresión de un rasgo (Brown y Ryan, 2003; Glomb et al., 2011; Hülshager, Alberts, Feinholdt, y Lang, 2013).

La capacidad de atención plena también se puede desarrollar con la puesta en práctica de ejercicios formales (i.e. meditación) e informales (Brown y Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003). Existen dos programas ampliamente difundidos y estandarizados para su desarrollo. El primero es el Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness o MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*). Se desarrolló en 1979 en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts para aliviar el sufrimiento de pacientes que sufrían dolor y diversas patologías físicas (Kabat-Zinn, 1990). El objetivo no era crear a meditadores expertos, sino enseñar a los pacientes nuevas formas de relacionarse con su dolor a través de un mayor conocimiento de la relación entre la mente y el cuerpo. El programa se desarrolla en 8 sesiones grupales, a razón de una sesión semanal de 2 horas y media cada una, más un día completo de retiro en silencio. A los participantes se les pide un alto compromiso con la práctica, la cual requiere llevarla a cabo 6 días a la semana 45 minutos por día.

Otro programa ampliamente conocido es el de Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva o MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*)(Segal, Williams, y Teasdale, 2002). Este programa se basa en el MBSR descrito en el párrafo anterior, pero integra algunos conceptos y perspectivas de la terapia cognitiva. Se dirige especialmente al tratamiento de la depresión, y en concreto al descentramiento de la cascada de pensamientos negativos que se activan cuando hay un estado emocional disfórico. Practicar mindfulness permite ser más consciente de los pensamientos y emociones desagradables, y relacionarnos con ellos de otra forma más saludable. Los participantes de este modo aprenden a desconectar sus procesos rumiatorios, y a observar los pensamientos como lo que son, sólo pensamientos.

El incremento en mindfulness a través de estos programas se ha relacionado con la disminución de la ansiedad, la depresión y la rumiación (Delgado et al., 2010; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Martín-Asuero y García-Banda, 2010; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante y Flinders, 2008), y con la reducción del estrés y aumento del bienestar en una amplia variedad de muestras clínicas y no clínicas (Atanes et al., 2015; Brown y Ryan, 2003; Chiesa y Serreti, 2010).

Estos cambios podrían deberse a diferentes mecanismos (Glomb et al., 2011). En primer lugar mindfulness se ha asociado a una regulación emocional más saludable. Disminuye las dificultades en la regulación de nuestras emociones y facilita la diferenciación emocional (Hill y Updegraff, 2012). Además, la regulación emocional que se consigue a través de la práctica de mindfulness al no ser una regulación de control, no consume tantos recursos energéticos (Muraven y Baumeister, 2000). Es más, la práctica de mindfulness es percibida como energizante, y se asocia con incrementos en los niveles de energía y vitalidad de los individuos (Brown y Ryan, 2003; Smith et al., 2008). En segundo lugar, el desarrollo de mindfulness ayuda a clarificar nuestros valores, a identificar nuestras necesidades personales y a aumentar la flexibilidad cognitiva, emocional y conductual (Shapiro, Carlson, Astin, y Freedman, 2006). Además reduce la rumiación, incrementa la persistencia y determinación, la memoria de trabajo y la atención (Glomb et al., 2011).

La atención plena llevada al trabajo

Mindfulness está ganando atención en el ámbito laboral pues afecta al rendimiento, a las relaciones personales y al bienestar de los trabajadores (Allen y Kiburz, 2012; Glomb et al., 2011; Good et al., 2015; Hülshleger et al., 2013; Hülshleger, Feinholdt, y

Nübold, 2015). Por ejemplo, Allen y Kiburz (2012) mostraron como aquellos trabajadores con mayores niveles de atención plena (rasgo) tienen un mayor balance trabajo-familia gracias a que ésta se asocia con mayores niveles de vitalidad y calidad del sueño. Mindfulness se considera también un recurso personal del trabajador que hace menos probable el desarrollo del desgaste profesional (Hülshager et al., 2013), y favorece el engagement (Leroy, Anseel, Dimitrova, y Sels, 2013). Esta relación se ha explicado porque el desarrollo de la atención plena puede favorecer el funcionamiento auténtico de los trabajadores, de acuerdo a sus necesidades y valores. Además, las intervenciones basadas en mindfulness u otro tipo de meditación están apareciendo en diversos trabajos como forma de fomentar las experiencias de recuperación de los trabajadores (p.e. su distanciamiento psicológico y relajación)(Bakker, Demerouti, y Sanz-Vergel, 2014; van Hooff y Baas, 2013).

La profesión sanitaria es quizá una donde más se ha estudiado la eficacia de programas basados en mindfulness (ver revisión de Irving, Dobkin, y Park, 2009; Smith, 2014). Se han implementado intervenciones para la mejora del agotamiento emocional y el estrés de estos profesionales (Amutio, Martínez-Taboada, Hermosilla, y Delgado, 2015; Goodman y Schorling, 2012; Krasner et al., 2009; Shapiro, Astin, Bishop, y Cordova, 2005) y como medio para aumentar su resiliencia (Ando, Natsume, Kukiara, y Ito, 2011; Foureur, Besley, Burton, Yu, y Crisp, 2013). En nuestro país, este tipo de programas también están ganando presencia (Franco, 2010; Martín-Asuero et al., 2013; Martín-Asuero y García-Banda, 2010). Por ejemplo, Martín-Asuero et al. (2013) llevó a cabo un programa basado en el MBSR con profesionales de atención primaria donde encontró que los profesionales reducían sus niveles de desgaste y malestar emocional al mismo tiempo que aumentaban sus niveles de empatía.

La aplicación de mindfulness en enfermería podría ser de hecho muy valiosa por diferentes motivos (Ando et al., 2011; Bazarko, Cate, Azocar y Kreitzer, 2013; Frisvold, Lindquist, y McAlpine, 2012; Lan, Subramanian, Rahmat, y Kar, 2014). Según Zeller y Levin (2013), el estrés que viven estos profesionales puede repercutir en su habilidad para centrar la atención en su tarea, pensar nítidamente y proveer de cuidados satisfactorios. Mindfulness ayuda a todo esto. Además se ajusta a los valores y filosofía de la profesión (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, y Shapiro, 2005; MacKenzie, Poulin, y Seidman-Carlson, 2006). El incremento en esta habilidad podría favorecer algunas cualidades fundamentales en este trabajo, como el interés por el otro, la presencia y escucha atenta y la empatía (Epstein, 2003; White, 2014). Algunas

investigaciones también han destacado el valor de mindfulness en profesiones donde la demanda emocional es alta, como es el caso (Delgado et al., 2010; Hülshager et al., 2013; Poulin, Mackenzie, Soloway y Karayolas, 2008).

El estudio llevado a cabo por Cohen-Katz et al. (2005) es quizá el primer trabajo riguroso que mostró la eficacia de una intervención basada en mindfulness con una muestra de 37 enfermeras/os. El programa mostró ser eficaz en la reducción de los niveles de desgaste profesional. Poco tiempo después, MacKenzie et al. (2006) evaluaron una intervención breve de 4 sesiones, de 30 minutos cada una, con el objetivo de adaptarlo al trabajo por turnos de estos profesionales. Los resultados mostraron que la intervención fue eficaz a la hora de reducir el agotamiento emocional y en aumentar la relajación y satisfacción con la vida. Posteriores aplicaciones del programa por su equipo han mostrado resultados similares (Poulin et al., 2008).

En general, esta tendencia de ajustar los programas y el formato de las intervenciones al ámbito laboral sanitario es una tendencia al alza. La adaptación se ha producido de muchas formas, por ejemplo, realizándose de forma telefónica (Bazarko, et al., 2013), mediante la práctica de 5 minutos antes de la jornada (Gauthier, Meyer, Grefe, y Gold, 2015), autodidacta (Hülshager et al., 2013, 2015), la reducción de sesiones (MacKenzie et al., 2006) y en formato taller de un día combinado con la práctica en casa (Foureur et al., 2013).

1.5. Objetivos y visión general de los estudios

En este aparato se pretende ofrecer una visión general de la estructura de esta tesis doctoral. Hasta aquí se ha revisado la literatura y evidencia empírica sobre algunos estresores psicosociales a los que debe hacer frente el profesional de enfermería, siendo uno de los más relevantes la demanda emocional en sus diversas formas. Como ya se ha argumentado, este tipo de demandas laborales tienen el potencial de menoscabar los recursos energéticos, motivacionales y de bienestar de los profesionales, salvo en determinadas circunstancias. Si el trabajador está provisto de ciertos recursos personales y tiene acceso a determinados recursos laborales, las demandas de trabajo podrán convertirse en fuentes de bienestar y motivación. Especialmente cuando esos recursos se ajustan a la naturaleza de la demanda. Por eso, diversos autores se han centrado en el desarrollo y evaluación de programas dirigidos a la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, y a la promoción de la salud basándose en el desarrollo de fortalezas personales, haciendo un esfuerzo cada vez mayor por adaptar esos programas a las

exigencias que le impone la vida organizacional, y a los nuevos desarrollos que aparecen en el ámbito de la psicología aplicada. No obstante, y teniendo en cuenta todo lo argumentado previamente en sus distintos apartados, existen todavía algunas cuestiones que necesitan ser exploradas en mayor profundidad, tanto a nivel teórico como metodológico.

En primer lugar, son pocos los estudios cuantitativos en donde se plantea inicialmente que las demandas de carácter emocional puedan estar asociadas positivamente con los niveles de *engagement* y bienestar de los trabajadores (Bakker y Sanz-Vergel, 2013; Van den Broeck et al., 2010). Recientemente, la propuesta hecha por Lepine et al. (2005) y Crawford et al. (2010) de diferenciar las demandas como retos vs. obstáculos parecería apoyar esta hipótesis. De esta forma, no todas las demandas laborales tendrían que ser estresantes de forma inherente, sino que podría haber demandas que supusieran un reto para los trabajadores en determinadas profesiones, y por lo tanto resultar motivantes (Bakker, van Emmerik, Geurts, y Demerouti, 2010; Lepine, et al., 2005; Podsakoff, Lepine, y Lepine, 2007). Se necesitan por tanto más estudios que corroboren esta relación. Además, tampoco se ha estudiado en profundidad si otras variables pudieran amplificar ese proceso bajo la hipótesis de potenciación de la teoría JD-R (*boosting effects*) (Tadić, Bakker, y Oerlemands, 2015). Si bien sí se ha estudiado el efecto amplificador de las demandas en la relación entre recursos personales y *engagement* (Bakker y Sanz-Vergel., 2013; Xanthopoulou et al., 2013), no se ha explorado suficientemente el rol potenciador de los recursos personales en la relación positiva esperada entre demandas laborales, *engagement* y bienestar. De acuerdo con el DISC-Model, ese rol podría incluso ser más significativo si se produce un ajuste en la naturaleza de la demanda y recurso. Aunque hay estudios que apoyarían esta hipótesis, la mayoría lo hacen con recursos laborales emocionales (i.e. apoyo de compañeros o supervisores) (De Jonge et al., 2008), y no analizando el ajuste de los recursos emocionales internos a esas demandas. En el capítulo 2 serán abordadas todas estas cuestiones.

En concreto, se analizará el rol de las demandas emocionales en la profesión de enfermería a la hora de predecir los niveles diarios de vigor en el trabajo, vitalidad y afecto positivo en casa. De esta forma comprobaremos si los trabajadores pueden ver también afectadas sus experiencias de bienestar fuera del trabajo a nivel diario en función de sus experiencias dentro de éste (*spill-over effects*) (Sonnetag y Binnewies, 2013). Además, se explorará cómo la regulación emocional puede potenciar el efecto

positivo de las demandas emocionales en la motivación y bienestar diarios de estos profesionales. De esta forma empleamos una perspectiva procesual donde analizamos el papel del individuo en la relación entre demanda emocional laboral y bienestar. Algunos autores han señalado la necesidad de considerar aspectos como las estrategias de regulación y la competencia emocional para profundizar en un modelo transaccional del trabajo con las emociones (Moreno-Jiménez et al., 2010).

En ocasiones el trabajador puede no tener habilidades de regulación emocional y presentar bastantes dificultades para ello cuando tiene que lidiar con sus emociones. La aparición entre estos profesionales de estas dificultades podría incrementar las consecuencias negativas que tiene trabajar en un contexto de alta intensidad emocional y estrés (Losa-Iglesias et al., 2010; Manzano-García, Calvo, y Carlos, 2012). A pesar de ello, aún se desconoce como la desregulación emocional afecta al bienestar de los trabajadores. Esa desregulación y su asociación con la salud de los individuos sí se han explorado ampliamente desde la psicología clínica (Aldao et al., 2010; Gratz y Roemer, 2010), sin embargo este constructo no se ha analizado aún en el ámbito de la psicología ocupacional. Pero incluso en el ámbito clínico, cuando se han estudiado esas dificultades, se ha hecho desde una perspectiva diferencial, es decir, sobre cómo las diferencias estables en esas dificultades afectan al bienestar general. Aunque esta aproximación es interesante y útil, no recogería las variaciones que se pueden producir en el individuo a lo largo de los días a la hora de experimentar esas dificultades y dependiendo de otras variables presentes en su entorno. Por ello, varios autores han señalado la necesidad de estudiar la regulación emocional en el contexto en el que se presenta de acuerdo con una aproximación funcional, y donde la presencia de ciertas demandas y recursos podrían también afectar enormemente a las consecuencias de presentar dificultades de regulación (Schraub, Turgut, Clavairolly, y Sonntag, 2013; Thompson, 1994). Por lo tanto en el capítulo 3, exploraremos como la desregulación emocional experimentada por el profesional de enfermería en el trabajo afecta a su bienestar diario dentro y fuera de éste (i.e. al agotamiento emocional, fatiga y afecto negativo), y como otras variables laborales (i.e. apoyo social en el trabajo) y personales (i.e. experiencias de recuperación) podrían influir en esa relación. Hasta donde nosotros sabemos, este sería el primer estudio en el que se analiza el constructo de desregulación emocional en el ámbito organizacional, y que lo hace utilizando una metodología de diario, es decir, analizando las variaciones intra-individuales en esa desregulación a lo largo de un intervalo específico de tiempo.

El apoyo social en el trabajo estudiado en el capítulo 3 es un recurso laboral que ayuda a reducir el efecto de las demandas y estresores sobre la salud y bienestar de los profesionales. También, como recurso laboral que es, y desde la perspectiva de la teoría JD-R, este apoyo puede iniciar un proceso motivacional en el trabajador porque puede ayudarlo a alcanzar sus metas personales y profesionales, y por lo tanto contribuir a su crecimiento y desarrollo. Sin embargo, varios autores han señalado que no se conocen en profundidad todos los mecanismos psicológicos que pueden explicar la relación entre recursos laborales, motivación y bienestar (Albrecht y Su, 2012; Fernet et al., 2012; Trépanier et al., 2014). Está bien establecido que la auto-eficacia, el optimismo y la autoestima pueden mediar esa relación (Xanthopoulou et al., 2007, 2009). Pero hay muchos más recursos personales que podrían hacerlo, y diversos autores han señalado la necesidad de seguir investigando estos mecanismos (Albrecht y Su, 2012; Huang et al., 2015; Fernet et al., 2012; Quiñones, Van den Broeck, y De Witte, 2013). Un candidato que podría entrar a ser un recurso relevante en el proceso motivacional de la teoría JD-R, por su asociación con la salud y bienestar de los individuos, es el constructo de sentido de la coherencia y sus diferentes dimensiones (Vogt et al., 2015). En concreto, en el capítulo 4 exploraremos el rol mediador de una de sus dimensiones, significatividad (*meaningfulness*), en la relación entre apoyo social en el trabajo, vigor y agotamiento. Se ha seleccionado específicamente esta dimensión debido a que en este trabajo se está explorando la importancia de los recursos emocionales y sus relaciones a la hora de explicar la motivación y bienestar de los profesionales de enfermería. *Meaningfulness* es el componente afectivo-motivacional del SOC, y siguiendo la perspectiva de ajuste en la naturaleza de las variables de los estudios anteriores, queríamos observar como ciertos recursos laborales de carácter emocional podían relacionarse con la motivación a través de este componente. El apoyo de los compañeros y supervisores puede ofrecer la satisfacción de necesidades personales y la autodeterminación, y nosotros creemos que podría satisfacer la necesidad humana de que nuestra vida este llena de cosas retadoras con las que comprometernos e invertir nuestros esfuerzos (Baumeister y Vohs, 2002; Van den Broeck et al., 2010).

Por último, en el capítulo 5 se propone una intervención dirigida a aumentar los recursos emocionales de los profesionales de enfermería adaptada al ámbito organizacional y recogiendo algunos de los nuevos desarrollos procedentes de las terapias contextuales de tercera generación conductista, especialmente de la terapia ACT. Mientras que en los capítulos 2 y 3 se exploraba el rol de ciertas habilidades y/o

dificultades de regulación emocional a la hora de predecir el bienestar de los trabajadores de enfermería, en este capítulo se presentará una intervención breve basada en ACT como forma de mejorar dos aspectos psicológicos de los trabajadores profundamente conectados con la forma en la que regulan sus emociones y eventos internos negativos: su flexibilidad psicológica y su capacidad de atención plena. Además esperamos que esta mejora se refleje en un incremento en sus niveles de bienestar personal y profesional.

A pesar de los beneficios que podría tener la aplicación de una intervención breve basada en ACT en trabajos emocionalmente demandantes, su implementación en España ha sido escasa. Sólo tenemos constancia del estudio llevado a cabo por Ruiz et al. (2008) descrito en la introducción. En el caso de Mindfulness, éste sí ha estado más presente en el ámbito sanitario, pero tampoco son muchas las intervenciones dirigidas a enfermeras/os específicamente.

Fuera de nuestras fronteras, la aplicación de intervenciones breves basadas en ACT y mindfulness en el ámbito laboral sí ha sido más frecuente. Sin embargo, como señala Maclean (2013), muchos de estos estudios cuentan con importantes limitaciones. En muchos casos no hay una aleatorización de los participantes, no tienen grupo control, no describen como se ha realizado el reclutamiento, utilizan muestras voluntarias y utilizan un número restringido de variables de cambio. La mayoría se centra en la reducción de síntomas y hay pocos estudios dirigidos a la promoción del bienestar (Irving et al., 2009). Por ello, en este capítulo se presentará la evaluación de la eficacia de una intervención breve piloto basada en ACT en la que los trabajadores fueron completamente aleatorizados en dos grupos (i.e. experimental y control lista de espera) y en la que se utilizaron variables de bienestar de valencia positiva y negativa, y de carácter organizacional y personal.

Por último, en el capítulo 6 se discuten los principales resultados de los estudios empíricos presentados, sus fortalezas y principales limitaciones, así como las implicaciones teóricas y prácticas que podrían derivarse de los estudios. También se sugieren futuras investigaciones que podrían desarrollarse a partir de los resultados de este trabajo.

La tabla 1.3 resume los diferentes capítulos empíricos a través de sus objetivos, la muestra y diseños utilizados, y la contribución específica de cada estudio a la literatura.

Tabla 1.3. *Resumen de los estudios*

Estudio	Objetivos	Muestra	Diseño	Contribución principal
<p><i>Chapter 2</i> Positive Benefits from Caring on Nurses' Motivation and Well-being: a Dairy Study about the Role of Emotional Regulation Abilities at Work</p>	<p>(1) Explorar la asociación entre las demandas emocionales diarias y el vigor, vitalidad y afecto positivo de profesionales sanitarios. (2) Explorar como las habilidades de regulación emocional pueden potenciar la asociación comentada arriba.</p>	<p>53 profesionales de enfermería de Hospitales y Centros de Salud españoles (N=265 observaciones)</p>	<p>Estudio de diario Medidas repetidas</p>	<p>El estudio arroja evidencias de la asociación positiva que tienen las demandas emocionales del trabajo con el bienestar y motivación diaria del profesional de enfermería, y sobre el rol potenciador que tienen las habilidades de regulación emocional en esa asociación.</p>
<p><i>Chapter 3</i> Job Resources and Recovery Experiences to Face Difficulties in Emotion Regulation at Work: A Diary Study among Nurses.</p>	<p>(1) Explorar el impacto que tienen las dificultades de regulación emocional en el trabajo sobre los niveles diarios de agotamiento emocional, fatiga y afecto negativo. (2) Analizar el rol moderador del apoyo social en el trabajo y de las experiencias de recuperación en la relación anterior.</p>	<p>74 profesionales de enfermería de Hospitales y Centros de Salud españoles (N=370 observaciones)</p>	<p>Estudio de diario Medidas repetidas</p>	<p>El estudio trae el constructo de dificultades de regulación emocional al ámbito de las organizaciones, con una metodología de diario. Además, explorando el rol del apoyo en el trabajo y la recuperación al lidiar con esas dificultades, se integra la perspectiva clínica y laboral</p>
<p><i>Chapter 4</i> Social Job Resources as Sources of Meaningfulness and its Effects on Nurses' Vigor and Emotional Exhaustion: A Cross-Sectional Study among Spanish Nurses</p>	<p>Analizar si la variable significatividad media la relación entre apoyo social en el trabajo, vigor y agotamiento emocional.</p>	<p>171 profesionales de enfermería de Hospitales y Centros de Salud españoles</p>	<p>Estudio transversal-correlacional</p>	<p>Los resultados contribuyen a la comprensión de los mecanismos psicológicos que explican por qué recursos laborales como el apoyo social en el trabajo pueden estar asociados con el vigor y el agotamiento emocional que muestran los trabajadores.</p>
<p><i>Chapter 5</i> Effectiveness of a Brief ACT-Mindfulness Intervention to Enhance Nurses' Well-being within Hospital Context: A Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Comprobar la eficacia de una intervención breve basada en ACT y mindfulness para la mejora del bienestar emocional de los profesionales de enfermería</p>	<p>46 profesionales de enfermería de un hospital público de Madrid.</p>	<p>Estudio de eficacia</p>	<p>Las organizaciones sanitarias cada vez más solicitan intervenciones breves que sean capaces de aumentar el bienestar de sus trabajadores. Este estudio aporta evidencia sobre el potencial que la terapia ACT podría tener para alcanzar este objetivo</p>

Chapter 2

Positive Benefits from Caring on Nurses' Motivation and Well-being: a Dairy Study about the Role of Emotional Regulation Abilities at Work

Donoso, L. M. B., Demerouti, E., Hernández, E. G., Moreno-Jiménez, B., & Cobo, I. C. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 804-816.

2.1. Abstract

Recent research reveals that not all job demands have negative effects on workers' well-being and suggests that the negative or positive effects of specific job demands depend on the occupational sector. Specifically, emotional job demands form the heart of the work for nurses and for this reason they can be interpreted by nurses as a challenge that promotes motivation and well-being among these professionals, especially if personal and job resources become available. The study had two objectives. First, to examine whether daily emotional demands within a nursing work context have a positive effect on nurses' daily motivation at work (vigour) and well-being at home (vitality and positive affect). Second, to explore whether this positive effect could be enhanced by nurses' emotional regulation abilities. This research used a diary design to explore daily experiences and to analyse how variations in specific job or personal characteristics can affect levels of motivation and well-being across days. Fifty-three nurses working in different Spanish hospitals and primary health care centres completed a general questionnaire and a diary booklet over 5 consecutive working days in two different moments, after work and at night (N= 53 participants and N = 265 observations). In line with our hypotheses, multi-level analyses revealed that, on the one hand, day-level emotional demands at work had a positive effect on vigour at work and on vitality at home. On the other hand, analyses showed that nurses with higher emotional regulation abilities have more motivation at work and well-being at home when they have to face high emotional demands at work, showing a *spillover* effect after work. These findings support the idea that emotional demands from the nursing profession can act as challenges which promote motivation and well-being, especially if internal emotional resources become available.

Key words: emotional job demands; emotional regulation; nursing; positive affect; vigour; vitality.

2.2. Introduction

Nursing is considered to be a stressful profession because it requires coping with high emotional, cognitive and physical demands (McVicar, 2003). Continued exposure to these demands is associated with stress, burnout and fatigue (Garrosa et al., 2008; Winwood et al., 2006), among other mental and physical problems. Nevertheless, helping others and working closely with people in need is a great source of motivation for nurses, which can also have many benefits (McCabe et al., 2005; McQueen, 2004). The desire to care for others and offering compassion are often motives to choose nursing profession and form part of the “ideal of nurse” that usually focuses on caring. Caring is perceived by nurses like a competence to be developed and like a source of challenge, motivation and satisfaction (Morgan y Lynn, 2009).

In this respect, little is known about how caring for patients is related motivation and well-being of nurses. For example, a recent study of Bakker and Sanz-Vergel (2013) shows how nurses’ self-efficacy and optimism predict work engagement only in weeks when emotional demands were higher. This was not the case for work pressure that was perceived as a hindrance by nurses in order to fulfil their work (Janssen et al., 1999). Similar results were reported by De Jonge et al. (2008) in a study with nurses and other health employees, who found that high emotional demands predict creativity and work motivation when there are job resources available. These studies suggest that emotional demands could be interpreted by nurses as a challenge, leading to work engagement and positive experiences, whereas other demands (e.g. physical demands) could be interpreted as serious hindrances that lead to emotional exhaustion and lack of well-being (Crawford et al., 2010). Thus, it seems that emotional demands can have favourable effects on well-being among nurses. Therefore, the first objective of this study is to explore the daily role of emotional demands in the nursing profession when predicting high levels of daily vigour at work, and vitality and well-being at home.

One factor that could explain that emotional demands bring forth well-being and motivation among nurses is the availability of personal and job resources to deal with them (Bakker & Sanz-Vergel, 2013; De Jonge et al., 2008). In this sense, emotional abilities to manage emotional aspects related to work could be also a significant predictor of professional and personal well-being (Augusto-Landa et al., 2008). Previous studies suggest that emotional regulation at work is an important factor to predict health indices, such as workers' mental and psychological health (Donaldson-Feilder

& Bond, 2004), their positive affectivity (Liu et al., 2010), emotional exhaustion (Biron & van Veldhoven, 2012) and work engagement (Bond, Lloyd, & Guenole, 2013). We will examine how emotional regulation can promote or inhibit the positive effect of these emotional demands. Because nursing work has a high emotional component, we expect that nurses' available emotional abilities will be a significant element to achieve optimal levels of personal and professional functioning (Cadman & Brewer, 2001). Thus, the second objective in this study is to explore how emotional regulation abilities can promote the positive effect of emotional demands on the daily motivation and well-being of nurses (*boosting effects*).

This study contributes to research in various ways. First, we add to the limited number of daily studies examining the positive impact of emotional demands on motivation and well-being among nurses on a daily level. Second, we analyse the way in which different emotional regulation abilities can enhance this relationship, so that it is possible to find out the specific role of each one. Finally, to achieve a more complete picture of the emotional regulation between emotional job demands and well-being, the present study examines on the one hand a job-related outcome (i.e. vigour at work) and on the other hand well-being outcomes at home (i.e. vitality and positive affect). In this way, we can see how the effects of emotional job demands are maintained from work to home (spillover effect).

Emotional demands, motivation and well-being in nursing profession

For over a decade, in the nursing profession there has been a more holistic view in relation to care offered to patients, which involves closer relationships with them (Williams, 2001). Caring is an essential characteristic of professional nursing practice and is defined as '*the mental, emotional, and physical effort involved in looking after, responding to, and supporting others*' (Baines et al., 1991, p.11). In the past, emotional demands derived from caring for patients were normally associated with higher emotional exhaustion and stress (van den Tooren & De Jonge, 2008). However, emotional demands from nursing could also be a source of motivation, flourishing and challenge at the same time (Bakker, Hakanen, Demerouti, y Xanthopoulou, 2007; Bakker & Sanz-Vergel, 2013; De Jonge et al., 2008). Emotional work with patients is one of the inherent features of nursing work and probably one of the reasons for choosing and enjoying this profession (Morgan & Lynn, 2009; Sundin et al., 2007).

Nurses' motivation could be deeply connected with the meaning that they give to their work and with certain job demands from the health field (Edgar, 1998). These demands are in many cases the relationships with patients which can be perceived by nurses like a "gift" (Bolton, 2000). In their study among student nurses, McCabe et al. (2005), found that the most important reasons to choose the profession were (1) to help others; (2) to do interesting and challenging work; and (3) to work closely with people in need. Moreover, according to McQueen (2004), nurses enjoy the benefits from emotional work because they are satisfied with engaging with patients at a personal level. Being a nurse brings the opportunity to help others and make a difference in their lives (Morgan & Lynn, 2009). Hence, it is likely that potentially emotional work may lead to motivation, energy and well-being at work.

Emotional demands from nursing involve tasks such as paying attention, interpreting and understanding the patient's feelings, taking into account their affective needs, being able to put oneself in the place of another, handling intensely emotional situations (e.g. agitated patients or aggressive relatives) or making efforts to show a specific emotion for therapeutic or organisational purposes. Depending on the nature and dominance of one type of emotional requirement over another, nurses' tasks may become more stressful or challenging (Bakker & Sanz, 2013; Heuven et al., 2006; Pisaniello et al., 2012). For example, previous studies show that enhancing, faking or suppressing emotions to modify the emotional expression in response to the display rules for the organisation or job (*emotional labour*) has a negative impact on nurses, generating emotional exhaustion (Morris & Feldman, 1996). However, compliance with emotional display rules may lead also to rewards, including patient satisfaction, team morale, productivity and personal accomplishment, which could increase job satisfaction and employees' motivation (Zapf & Holz, 2006). Moreover, emotional demands offer employees the possibility for self-expression (Adelmann, 1995), for using and developing emotional intelligence and for evoking positive interpersonal encounters with patients. Thus, on the basis of the arguments and literature presented, we formulate the following hypothesis:

*H*₁. Emotional demands at work will be significant and positively related to (1a) vigour at work in the afternoon, (1b) vitality at night and (1c) positive affect at night.

Emotional regulation as a resource to face emotional demands

Some researchers also note that the positive effect of emotional demands could be reflecting the presence of third variables. High emotional demands could predict engagement and well-being when job and personal resources are available to face them (Bakker et al., 2007; De Jonge et al., 2008; Xanthopoulou et al., 2013). More precisely, the positive effect of these resources could enable better coping with job demands when the resources match the demands, that is to say, when both share the same nature (De Jonge & Dormann, 2006). This phenomenon is called “*the matching principle*” (De Jonge & Dormann, 2006). For example, the study conducted by De Jonge et al. (2008) with health care employees showed that high emotional demands could predict work motivation and creativity when the employees had higher emotional job resources (i.e. support from colleagues). From this point of view, in the face of job emotional demands, an emotional self-regulation capability is likely to be also quite helpful (Daniels & De Jonge, 2010). In fact, job demands are first dealt with by attempting to turn to available internal resources (De Jonge & Dormann, 2006). If employees do not have the necessary emotional abilities or they have emotional difficulties to regulate emotions during their working day, it is less likely to see emotional demands like a challenge which leads to daily motivational and well-being experiences. In this sense, the presence of emotional regulation abilities can enhance employees’ motivation, and promote higher levels of energy and well-being at work (Albrecht, 2010), because emotional abilities provide feelings of confidence and control in an emotional work context, and in this way they are an important resource which helps employees to face emotional demands at work more effectively and to achieve their personal goals (Daniels & De Jonge, 2010; Kanfer & Kantrowitz, 2002). For this reason, the next step of this study will be to explore the role of emotional regulation abilities taking into account emotional demands that nurses face on a daily basis.

Most studies on how employees regulate their emotions in human service professions focus on how workers manage these emotions with specific organisational purposes (Morris & Feldman, 1996), neglecting to explore how emotional regulation can promote (or impair) general employees’ well-being. Both ideas are different: the first refers to an emotional requirement from job (i.e. *emotional labour* or *emotional work*), whereas the second implies personal resources to regulate one's own emotions for improving personal and professional well-being (Giardini & Frese, 2006). In this

study, we will focus in the conceptualization of emotional regulation carried out by Gratz and Roemer (2004). According to these authors, emotion regulation can be conceptualized as adaptive ways of responding to emotions (regardless of their intensity/reactivity), including awareness and emotional clarity, accepting responses, a low emotional interference of negative emotions to implement behaviours in accordance with desired goals, and the ability to control behaviours with respect to emotional distress. In particular, *emotional awareness* is associated with paying attention to emotions while experiencing them, and *emotional clarity* with being able to label and discriminate among different emotions. In other words, the former relates to attentional aspects of the emotional processing, whereas the latter relates to knowledge of the array of emotions. Both types of emotional regulation abilities would be related to suitable emotional information processing, and thus, to better adjustment (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005). *Emotional acceptance* implies a tendency towards having a positive response to one's own negative emotions or accepting emotional reactions to distress. This involves willingness to experience negative emotions as part of pursuing meaningful activities in life and could be related with positive outcomes in part because it enhances distress tolerance and reduces emotional reactivity (Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hofmann, 2006). *Emotional interference* is referred to the ability to behave in accordance with desired goals when experiencing negative emotions. A lack of emotional interference is positive because it helps to achieve personal objectives (Hayes, 2004). Finally, *emotional control* concerns the ability to remain in control of one's behaviour when experiencing negative emotions, that is to say, to inhibit impulsive behaviours when experiencing negative emotions (Gratz & Roemer, 2004). While *emotional interference* relates to negative consequences of the presence of negative emotion on psychological processes (e.g. lack of concentration, blocking thought or developing an action plan for meeting goals), emotional control relates to ability to control behavioural impulses generated by negative emotions. The relative absence of any or all of these abilities would indicate the presence of difficulties in emotion regulation and, as a consequence, the presence of health problems or poor well-being (Aldao et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

In the organisational context, the presence of emotional difficulties among employees could affect their well-being and job performance (Donaldson-Feilder & Bond, 2004; Losa-Iglesias et al., 2010). Specifically, employees with lower emotional awareness may be worse at identifying feelings of frustration and stress, and

subsequently, they do not regulate those emotions or implement recovery behaviours to reduce stress after work (Sy et al., 2006).

Similarly, employees who do not accept their negative emotions or who see their work activities compromised by the interference of negative feelings need to focus their attention on suppressing or transforming these emotions, because negative emotions are frustrating for them. In this way, they divert their energy into the specific issue of emotional content rather than their work activities. That may lead to a poorer performance, a higher number of errors, and consequently they can feel worse later. In contrast, employees who accept their emotions need not to invest any effort in actively regulating their emotional reactions at present, and so they will have more energy and attention available to deal effectively with job demands (Biron & van Veldhoven, 2012). In short, employees with emotional abilities are likely to experience higher levels of energy and well-being at work because they can utilize their ability to appraise and manage emotions with more confidence and control over the task requirements of their job (Albrecht, 2010; Sy et al., 2006).

Taking all the above into account, we believe that the presence of emotional regulation abilities at work can enhance the positive impact of emotional demands on nurses' levels of well-being and motivation (*boosting effects*). On the basis of all the arguments that have been presented, we formulate the following hypotheses:

H₂. Emotional demands at work will be more positively associated with (2a) vigour at work in the afternoon, (2b) vitality at night and (2c) positive affect at night among employees with high emotional awareness at work, as opposed to a low level of it.

H₃. Emotional demands at work will be more positively associated with (3a) vigour at work in the afternoon, (3b) vitality at night and (3c) positive affect at night among employees with a low level of lack of emotional clarity at work, as opposed to a high level of it.

H₄. Emotional demands at work will be more positively associated with (4a) vigour at work in the afternoon, (4b) vitality at night and (4c) positive affect at night among employees with a low level of emotional non-acceptance at work, as opposed to a high level of it.

H₅. Emotional demands at work will be more positively associated with (5a) vigour at work in the afternoon, (5b) vitality at night and (5c) positive affect at night

among employees with a low level of emotional interference at work, as opposed to a high level of it.

H₆. Emotional demands at work will be more positively associated with (6a) vigour at work in the afternoon, (6b) vitality at night and (6c) positive affect at night among employees with a low level of lac of emotional control at work, as opposed to a high level of it.

2.3. Methods

Sample and Procedure

Nurses from various hospitals and primary care centres in Spain took part in the study. Participants were recruited through a snowball technique, using the social networks of the researchers. Seventy-five nurses received a package that included: (a) a letter describing the objective of the study and assuring anonymity and confidentiality, (b) instructions about the completion of the surveys, and (c) the general and daily questionnaires. They had to fill the general questionnaire and, subsequently, they had to complete daily questionnaires two times per day (in the afternoon after work and at night before going to bed) for five consecutive working days from Monday to Friday. The study protocol was approved by the ethical committee of the university. To guarantee confidentiality, responses were matched using anonymous codes provided by the participants.

Of the 75 surveys distributed, 53 were returned (response rate = 70%; 45 women and 8 men) from hospitals (74.5%) and primary care centres (25.5 %). The hospital nurses belonged to different care units (i.e. intensive care unit, surgical unit, reanimation unit, cardiology, oncology and emergencies). They filled in a general questionnaire and a daily questionnaire for five working days ($N = 5 \times 53 = 265$ occasions). The mean age was 40.71 years ($SD = 10.23$) and the majority of the participants had partners (81.1%). Most employees worked 39 hours per week ($SD = 4.78$), the average years of work experience was 17.80 ($SD = 10.03$), and the average years of tenure in their work centres was 10.01 ($SD = 8.92$). Regarding the type of contract, 54.7% had a permanent contract, 32.1% were contracted, and the rest had a temporary contract (3.8% missing). Concerning the time that they interacted with their patients, 74.5 % interacted more than 50% in their working day.

Measures

We collected the data with the same general and daily paper-based questionnaires. Specifically, we assessed emotional demands, difficulties on emotional regulation and vigour at work in the afternoon; and vitality and positive affect were reported at night. Daily measures of all variables used modifications of items from the corresponding general-scale, which were reworded for daily administration. Moreover, for daily measures we used the same answer categories as for the general measure. This method of developing state-level analogs of general measures has been used successfully in the past (Nezlek, 2012). Information about the reliability of all scales is showed in table 2.1.

Daily emotional demands: Emotional demands were measured with the subscale “Emotional Requirements Derived from Task” from the Emotional Labour Questionnaire (TREMO, Moreno- Jimenez et al., 2010). Emotional requirements derived from task is related to the emotional load, the valence and the variety of the same as well as its relation with the characteristics of the job (i.e. “In my work, being aware of emotions is important”. The measure contains 5 items which participants endorse on a seven point likert scale, ranging from “rarely” to “constantly”. To daily measure, the items were adjusted so that they referred to the preceding working day, (i.e. “Today, to do my work properly, I had to know empathize with patient’s needs”.

Daily emotional regulation difficulties: Emotional regulation difficulties was measured via the Spanish adaptation of the Difficulty of Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004). The adapted scale and used for this study (Hervás & Jódar, 2008) contains 28 items divided into 5 subscales: Emotional awareness (“I am attentive to my feelings”), Lack of clarity (“I have no idea how I am feeling”), Emotional non-acceptance (“When I’m upset, I feel guilty for feeling that way”), Emotional interference (“When I’m upset, I have difficulty getting work done”) and Lack of control (“When I’m upset, I feel out of control”). The instrument format is a graduated Likert scale from 1 (“almost never”) to 5 (“almost always”): the higher the score, the greater the difficulty of emotion regulation, except in the case of emotional awareness. To daily measure, the items were adjusted so that they referred to the preceding working day (i.e. “Today at work, when I was upset, I had difficulty concentrating”). The overall DERS score and subscale scores have been found to have high internal consistency within both clinical and nonclinical populations. Moreover, supports for the construct validity of DERS have also been found (e.g., Hervás & Jódar, 2008).

General and daily vigour at work: Vigour was measured with the Spanish version of the vigour subscale from the Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli et al., 2002). This scale measure with 6 items the levels of energy and mental resilience while working, the willingness to invest effort in one's work, the ability to not be easily fatigued, and persistence in the face of difficulties (i.e: During the task, I felt full of energy). The scale was scored on a seven-point Likert scale (0=*never*, 6=*most of the time*). Daily vigour at work was measured with the same scale modified so that the items referred to the present moment. An example item is: "At this moment, I feel strong and vigorous with regard to my job".

General and daily subjective vitality: Subjective vitality was measured with the Spanish version of Ryan and Frederick's Vitality Scale (Rodríguez-Carvajal, Méndez, Moreno-Jiménez, Abarca, & Van Dierendonck, 2010; Ryan & Frederick, 1997). This scale assessed the degree to which participants felt physically and mentally vigorous and alert in every domains. The measure contains seven items (i.e. "In general, I feel alive and vital") which participants endorse on a seven point likert scale, ranging from "not at all" to "very true". Of the seven items, one is negatively worded and thus reversed scored. Daily vitality was measured with the same scale modified so that the items referred to the present moment. An example item is: "At this moment, I feel alive and vital".

General and daily positive affect: Positive affect was measured with the Spanish short version of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Robles & Páez, 2003; Mackinnon et al. 1999), rated from 1 (*very slightly*) to 5 (*extremely*). The positive subscale assesses with five items the general tendencies to feel activated and positive (e.g., "enthusiastic", "happy"). Daily positive affect was measured with the same scale modified so that the items referred to the present moment. An example item is: "At this moment, I feel happy".

Statistical analysis

For hierarchically structured data, as in the present study, the most appropriate approach is multilevel analysis, which has been commonly known as hierarchical linear modeling (Nezlek, 2012). Our data set is composed of two levels, with repeated measurements at the day-level or Level 1 (i.e. daily emotional demands at work, daily difficulties of emotional regulation at work, vigour in afternoon, vitality and positive affect at night), and measurements at the person-level or Level 2 (i.e. type of health centre and general measure of vigour, vitality and positive affect). We centered

predictor variables at the person-level around the grand mean, and predictor variables at the day-level around the respective person mean. Centering day-level variables at the person mean implies that all between-person variance in these variables is removed, that is to say, this method ensures that relations on the day level are unconfounded by person-level variance (Hox, 2002). In this way, interpretations of our results referring to stable differences between persons can be ruled out because we used person-level variable as control variables before entering day-level variables in subsequent models of analysis (Nezlek, 2012). Data was analyzed using MLwiN 2.28 software.

2.4. Results

Preliminary analysis

In order to examine the total variance at the within-person level, we estimated the intra-class correlation coefficient (see table 2.1). All predictor variables showed an intra-class correlation coefficient above 25% (Hox & Roberts, 2011). Overall, these findings suggest that a substantial portion of the variance in our variables can be attributed to within-person variation across the 5 days, which supports the usage of multilevel analysis. Table 2.1 also shows the means, standard deviations, Cronbach's alphas and correlations among all the study variables. The type of health centre and the general measure of the dependent variable (i.e: general vigour, vitality and positive affect) were significantly related to our daily dependent variables (i.e. daily vigour, vitality and positive affect), so we took into account these control variables to control its effect in further analyses.

Hypothesis Testing

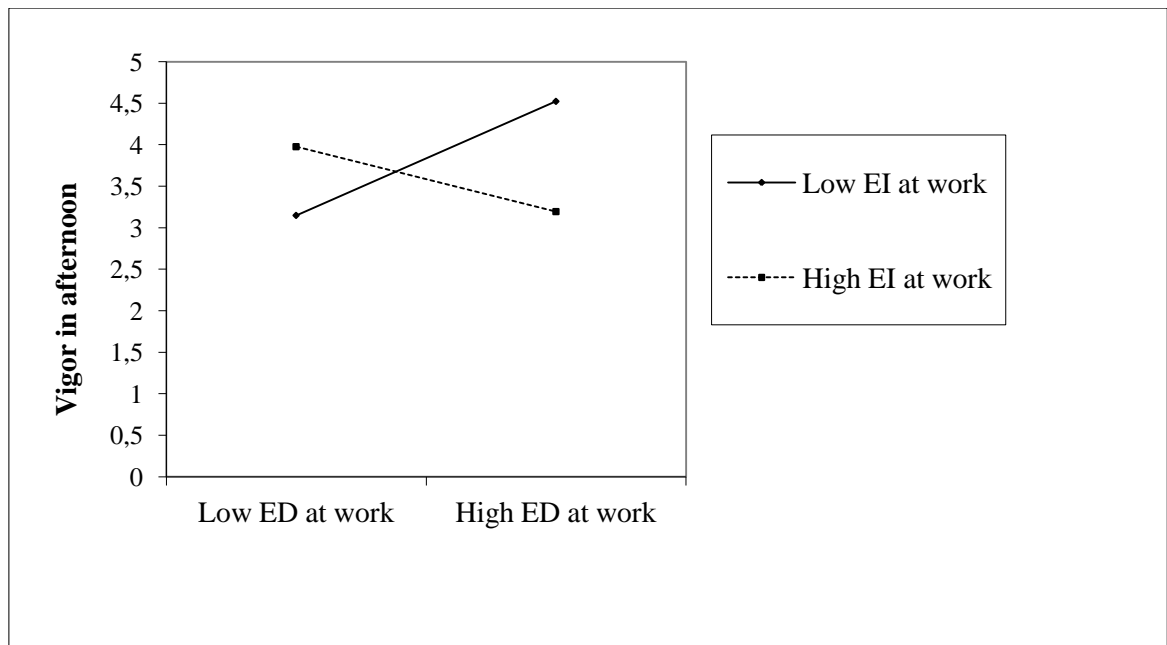
The results of our multilevel analyses testing hypothesis 1 are presented in Tables 2.2, 2.3, and 2.4 (in Model 2). The results support hypothesis 1a ($B = .28$, $SE = .08$, $t = 3.27$, $p < .001$) and hypothesis 1b ($B = .22$, $SE = .09$, $t = 2.32$, $p < .01$), but not hypothesis 1c ($B = .17$, $SE = .09$, $t = 1.81$, n.s). Thus on days that emotional demands are high nurses feel more vigour at work and more vitality at home, but do not have higher levels of positive affect at night.

In order to test hypothesis 2 to hypothesis 6, the interaction terms were incorporated into the last model (Model 4 in the tables). For the significant moderating effect, we

conducted simple slope tests in order to examine the pattern of the interaction (Preacher et al., 2006).

Vigour at work

In the case of vigour at work in afternoon (see table 2.2), model 4 that included the five interactions terms showed an improvement in the fit compared to Model 3 (difference of $-2 \times \log = 26.869$, $df = 5$, $p < .001$). Specifically, there was a significant interaction between emotional demands at work and emotional interference at work on vigour in afternoon ($B = -0.558$, $SE = .278$, $t = -2.00$, $p < .05$). Moreover, emotional awareness at work had a direct and significant positive relation with vigour in afternoon ($B = .213$, $SE = .07$, $t = 2.95$, $p < .01$). Simple slope tests showed that emotional demands were more positively related to vigour in afternoon on days that emotional interference at work was low (see figure 2.1), in line with Hypothesis 5a ($\gamma = 0.176$, $SE = 0.081$, $z = 2.16$, $p < .05$), whereas emotional demands were unrelated to vigour in days that emotional interference at work was high ($\gamma = 0.037$, $SE = 0.108$, $z = 0.34$, n.s.). Hypotheses 2a, 3a, 4a and 6a were rejected.



Note: ED = Emotional demands; EI = Emotional Interference

Figure 2.1. Interaction effects of Emotional Demands and Emotional Interference in predicting Vigor at work in afternoon.

Table 2.1. Means, standard deviations, intra-class correlations, cronbach's alphas and bivariate correlations (N=53 individuals, N=265 observations)

	ICC	M	DT	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Centre ^a	-	1.57	1.01	-													
2.General Vigour ^a	-	4.36	0.86	.84	-.10												
3.General Vitality ^a	-	4.88	0.99	.85	-.04	.55**											
4.General PA ^a	-	3.86	0.57	.81	-.09	.77**	.56**										
5.ED at work ^b	.70	3.07	0.78	.77-.90 (.84)	.05	.03	.12*	.15*									
6.EA at work ^b	.70	3.14	1.04	.87-.90 (.88)	-.23**	-.08	.12*	-.01	.24**								
7.LEC at work ^b	.64	1.83	0.68	.54-.72 (.66)	.06	.02	-.08	-.06	-.06	-.40**							
8.ENA at work ^b	.65	1.89	0.72	.71-.81 (.78)	-.01	-.16**	-.06	-.05	.04	.11	.17**						
9.EI in at work ^b	.74	1.95	0.96	.89-.93 (.91)	.01	-.17**	-.18**	-.17**	.05	.05	.16**	.51**					
10.LC at work ^b	.71	1.46	0.70	.85-.93 (.90)	.04	-.18**	-.03	-.17**	-.03	.00	.16**	.57**	.55**				
11.Vigour in afternoon ^b	.70	3.65	1.00	.83-.89 (.87)	-.02	.52**	.35**	.45**	.15*	.23**	-.13*	-.05	-.05	-.09			
12.Vitality at night ^b	.73	3.19	1.16	.85-.92 (.88)	-.13*	.33**	.25**	.35**	.13*	.19**	-.10	-.08	-.12*	-.13*	.61**		
13.PA at night ^b	.67	3.31	0.82	.89-.94 (.87)	-.17**	.35**	.23**	.39**	.15*	.15**	.02	.08	.02	-.01	.56**	.43**	

Centre is coded as 1 = Hospital, 2 = Primary care centre

α = Cronbach's alpha. For daily measures, we calculated the mean (in parentheses) and range between five days.

* $p < .05$, ** $p < .01$

*ICC= intra-class correlation

*ED = Emotional demands; EA= Emotional awareness; LEC = Lack of emotional clarity; ENA = Emotional non acceptance; EI = Emotional interference; LC = Lack of emotional control; PA=Positive affect

Table 2.2. Multilevel estimates for models predicting Vigour in afternoon

Variables	Null Model			Model 1			Model 2			Model 3			Model 4			
	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	
Intercept	3.654	0.112	32.62	3.687	0.086	42.87	3.686	0.086	42.86	3.681	0.085	43.30	3.708	0.087	42.62	
Centre ^a				0.030	0.085	0.35	0.029	0.085	0.34	0.027	0.084	0.32	0.060	0.086	0.69	
General vigour ^a				0.590	0.099	5.95 ^{***}	0.587	0.099	5.92 ^{***}	0.579	0.099	5.84 ^{***}	0.599	0.100	5.99 ^{***}	
ED at work ^b							0.288	0.088	3.27 ^{***}	0.252	0.086	2.93 ^{**}	0.149	0.087	1.71	
EA at work ^b										0.300	0.074	4.05 ^{***}	0.213	0.072	2.95 ^{**}	
LEC at work ^b										0.086	0.091	0.94	-0.005	0.088	-0.05	
ENA at work ^b										0.022	0.104	0.21	-0.048	0.098	-0.48	
EI at work ^b										-0.118	0.094	-1.25	-0.124	0.089	-1.39	
LC at work ^b										-0.007	0.116	-0.06	0.036	0.109	0.33	
ED x EA													-0.118	0.130	-0.90	
ED x LEC													-0.109	0.170	-0.64	
ED x ENA													0.048	0.233	0.20	
ED x EI													-0.558	0.278	-2.00 [*]	
ED x LC													-0.209	0.269	-0.77	
-2 X Log(lh)		630.741			582.373			570.609			548.388			521.519		
Difference of -2 X Log					48.368 ^{***}			11.764 ^{***}			22.221 ^{***}			26.869 ^{***}		
df					2			1			5			5		
Level 1 intercept variance (SE)		0.427(0.041)			0.433(0.043)			0.412(0.041)			0.382(0.038)			0.332(0.033)		
Level 2 intercept variance (SE)		0.576(0.130)			0.286(0.075)			0.291(0.075)			0.292(0.074)			0.311(0.075)		

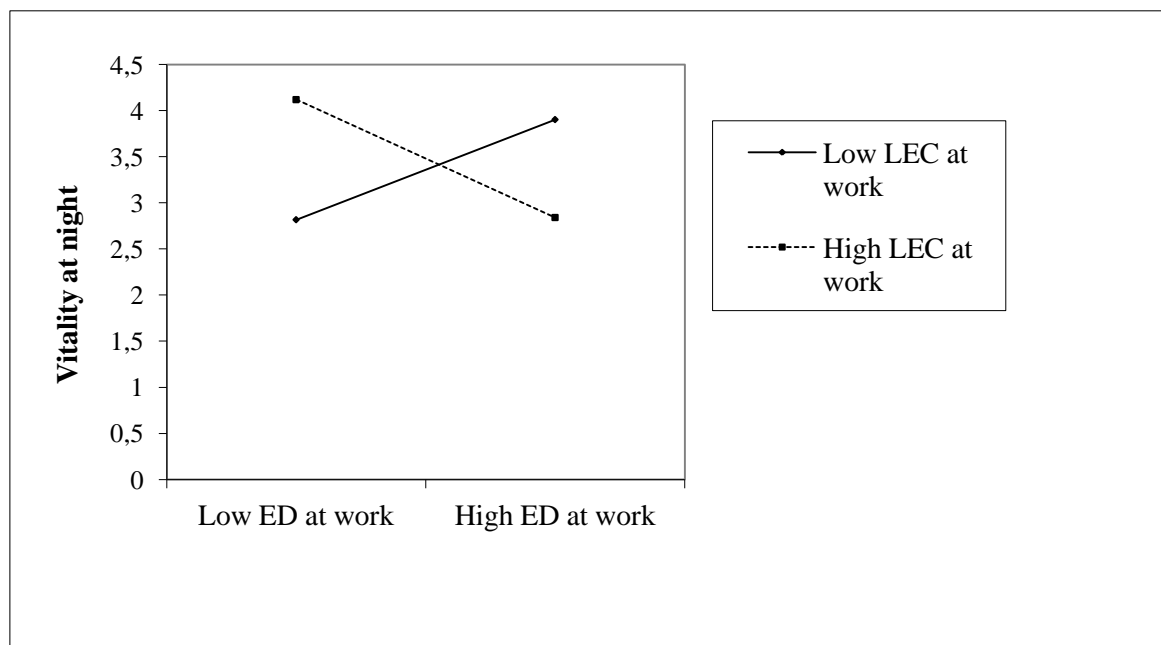
Note: ^a Person-Level variables; ^b Day-Level variables

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

*ED = Emotional demands; EA= Emotional awareness; LEC = Lack of emotional clarity; ENA = Emotional non acceptance; EI = Emotional interference; LC = Lack of emotional control

Vitality at night

In the case of vitality at night, we can see in table 2.3 that the model 4 added the interaction terms and increased the model fit (difference of $-2 \times \log = 26.069$, $df = 5$, $p < .001$). Firstly, there was a significant interaction between emotional demands at work and lack of emotional clarity at work on vitality at night ($B = -0.637$, $SE = .188$, $t = -3.38$, $p < .001$), as can be seen in Fig 2.2. Simple slope tests showed that emotional demands were more positively related to vitality at night in days that lack of emotional clarity was low ($\gamma = 0.428$, $SE = 0.167$, $z = 2.564$, $p < .01$), while they were more negatively related on days that lack of emotional clarity was high ($\gamma = -0.272$, $SE = 0.106$, $z = -2.55$, $p < .01$), in line with Hypothesis 3b.

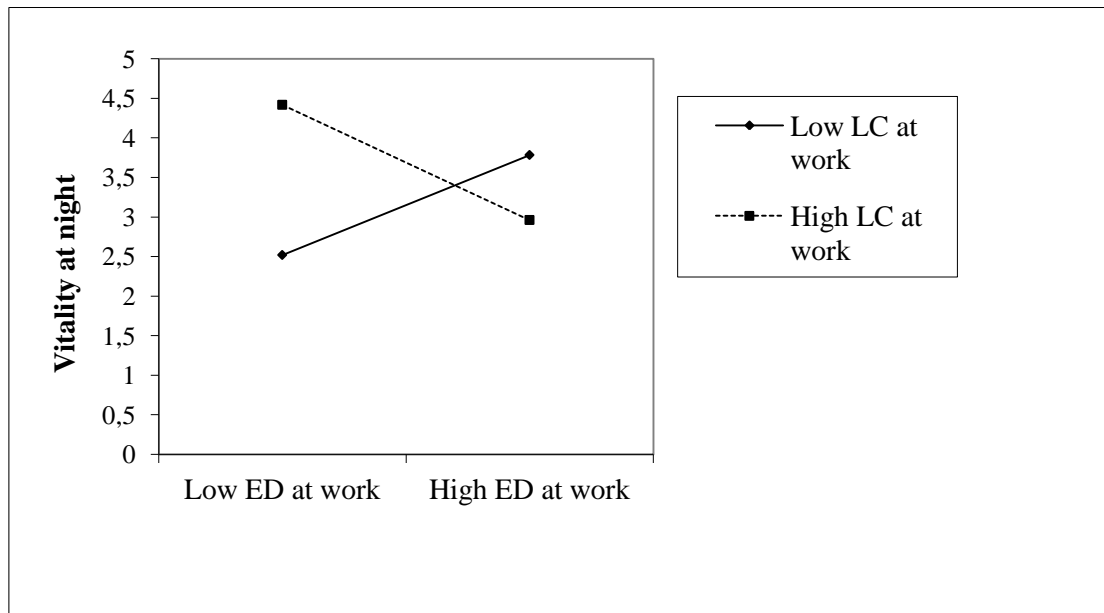


Note: ED = Emotional demands; LEC = Lack of emotional clarity

Figure 2.2. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Clarity in predicting Vitality at night.

Moreover, there was also a significant interaction between emotional demands at work and lack of emotional control at work on vitality at night ($B = -0.692$, $SE = .299$, $t = -2.31$, $p < .01$). As can be seen in Fig. 2.3, emotional demands were positively related to vitality at night in days that lack of emotional control was low ($\gamma = 0.477$, $SE = 0.240$, $z = 1.99$, $p < .05$), while they were more negatively related on days that lack of emotional control was high ($\gamma = -0.283$, $SE = 0.125$, $z = -2.25$, $p < .05$). These results

are in concordance with Hypothesis 6b. Moreover, this difficulty and emotional non-acceptance had a direct and significant relation with vitality at night ($B = .234$, $SE = .119$, $t = 1.96$, $p < .05$ and $B = -.244$, $SE = .107$, $t = -2.28$, $p < .05$ respectively). Hypotheses 2b, 4b and 5b were rejected.



Note: ED = Emotional demands; LC = Lack of emotional control

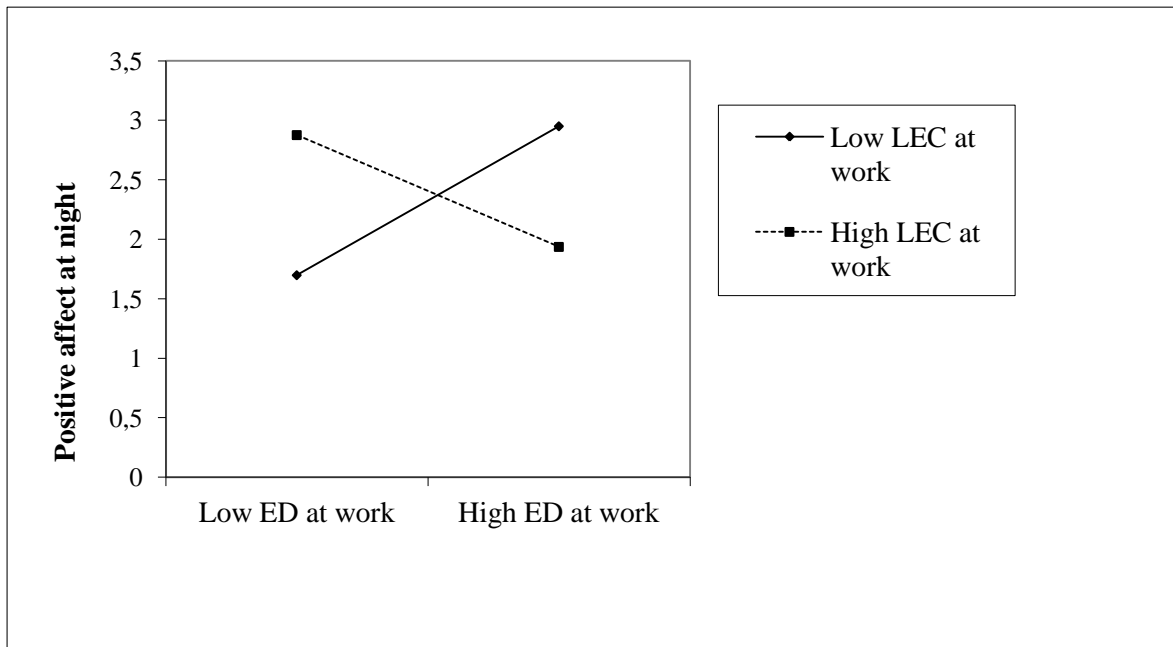
Figure 2.3. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Control in predicting Vitality at night.

Positive affect at night

In the prediction of positive affect at night (see Table 2.4), the model 4 added the interaction terms and increased the model fit (difference of $-2 \times \log = 20.267$, $df = 5$, $p < .001$). There was also a significant interaction between emotional demands at work and lack of emotional clarity at work on positive affect at night ($B = -0.548$, $SE = .185$, $t = -2.96$, $p < .01$). As can be seen in Fig. 2.4, emotional demands were positively related to positive affect at night on days that lack of emotional clarity was low ($\gamma = 0.242$, $SE = 0.075$, $z = 3.21$, $p < .001$), whereas emotional demands were unrelated to positive affect on days that lack of emotional clarity was high ($\gamma = -0.031$, $SE = 0.095$, $z = -0.329$, n.s.). These results are in concordance with Hypothesis 3c.

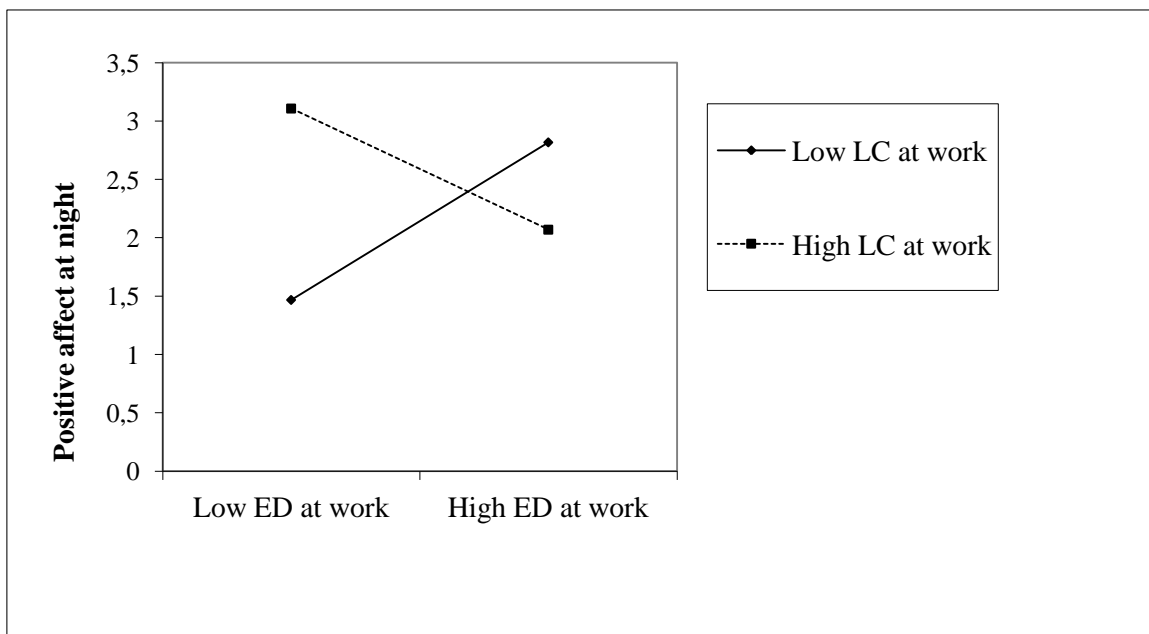
Finally, there was also a significant interaction between emotional demands at work and lack of emotional control at work on positive affect at night ($B = -0.597$, $SE = .296$, $t = -2.01$, $p < .05$). Simple slope tests showed that emotional demands were positively related to positive affect at night (see figure 2.5) in days that lack of emotional control

was low ($\gamma = 0.207$, $SE = 0.089$, $z = 2.33$, $p < .01$), whereas emotional demands were unrelated to positive affect in days that lack of emotional control was high ($\gamma = -0.091$, $SE = 0.125$, $z = -0.72$, n.s.). These results are in concordance with Hypothesis 6c. However, Hypotheses 2c, 4c and 5c were rejected.



Note: ED = Emotional demands; LEC = Lack of emotional clarity

Figure 2.4. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Clarity in predicting Positive Affect at night.



Note: ED = Emotional demands; LC = Lack of emotional control

Figure 2.5. Interaction effects of Emotional Demands and Lack of Emotional Control in predicting Positive Affect at night.

Table 2.3. *Multilevel estimates for models predicting Vitality at night*

Variables	Null Model			Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>
Intercept	3.194	0.135	23.65	3.144	0.122	25.77	3.144	0.122	25.77	3.153	0.123	25.63	3.157	0.121	26.09
Centre ^a				-0.118	0.119	-0.99	-0.118	0.119	-0.99	-0.115	0.120	-0.95	-0.096	0.118	-0.81
General vitality ^a				0.270	0.121	2.23*	0.271	0.121	2.23*	0.266	0.122	2.18*	0.290	0.120	2.41*
ED at work ^b							0.221	0.095	2.32**	0.228	0.094	2.42*	-0.145	0.095	-1.52
EA at work ^b										0.123	0.081	1.51	0.011	0.080	0.13
LEC at work ^b										0.179	0.100	1.79	0.049	0.098	0.50
ENA at work ^b										-0.180	0.112	-1.60	-0.244	0.107	-2.28*
EI at work ^b										-0.125	0.102	-1.22	-0.102	0.097	-1.05
LC at work ^b										0.223	0.125	1.78	0.234	0.119	1.96*
ED x EA													-0.023	0.144	-0.15
ED x LEC													-0.637	0.188	-3.38***
ED x ENA													-0.255	0.259	-0.98
ED x EI													0.253	0.311	0.81
ED x LC													-0.692	0.299	-2.31**
-2 X Log(lh)		669.453			624.783			618.068			601.286			575.217	
Difference of -2 X Log					44.670***			6.715**			16.782**			26.069***	
df					2			1			5			5	
Level 1 intercept variance (SE)		0.473(0.046)			0.483(0.049)			0.472(0.048)			0.447(0.045)			0.395(0.040)	
Level 2 intercept variance (SE)		0.865(0.187)			0.643(0.148)			0.645(0.149)			0.663(0.152)			0.643(0.145)	

Note: ^a Person-Level variables; ^b Day-Level variables; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

*ED = Emotional demands; EA= Emotional awareness; LEC = Lack of emotional clarity; ENA = Emotional non acceptance; EI = Emotional interference; LC = Lack of emotional control

Additional analysis

Due to the relative small N and because interaction terms usually have non-normal distributions (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, y Sheets, 2002), we conducted the same analyses by including one interaction at a time. Results showed that the all interactions between emotional demands and the five emotional regulation difficulties were significant for vigour at work and for vitality at night and in the expected direction. In the case of positive affect at night all the interactions except one were significant (emotional demands X emotional awareness). Results of multilevel analyses are available by the first author upon request.

Table 2.4. *Multilevel estimates for models predicting Positive Affect at night*

Variables	Null Model			Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t
Intercept	2.303	0.106	21.72	2.337	0.106	22.04	2.340	0.106	22.07	2.361	0.107	22.06	2.366	0.109	21.70
Centre ^a				-0.115	0.103	-1.11	-0.114	0.103	-1.10	-0.102	0.105	-0.97	-0.079	0.106	-0.74
General positive affect ^a				0.411	0.181	2.27*	0.410	0.181	2.26*	0.473	0.185	2.55**	0.496	0.187	2.65**
ED at work ^b							0.171	0.094	1.81	0.162	0.093	1.74	0.078	0.095	0.82
EA at work ^b										0.130	0.080	1.62	0.049	0.079	0.62
LEC at work ^b										0.132	0.097	1.36	0.041	0.096	0.42
ENA at work ^b										-0.105	0.111	-0.94	-0.168	0.106	-1.58
EI at work ^b										0.000	0.106	.000	0.036	0.101	0.35
LC at work ^b										0.187	0.124	1.50	0.223	0.119	1.87
ED x EA													-0.042	0.143	-0.29
ED x LEC													-0.548	0.185	-2.96**
ED x ENA													0.279	0.254	1.09
ED x EI													-0.145	0.321	-0.45
ED x LC													-0.597	0.296	-2.01*
-2 X Log(lh)		636.669			592.385			587.023			566.431			546.164	
Difference of -2 X Log					44.284***			5.362*			20.592***			20.267***	
df					2			1			5			5	
Level 1 intercept variance (SE)		0.456(0.045)			0.471(0.048)			0.464(0.047)			0.429(0.044)			0.383(0.039)	
Level 2 intercept variance (SE)		0.504(0.116)			0.451(0.111)			0.453(0.110)			0.474(0.114)			0.496(0.116)	

Note: ^a Person-Level variables; ^b Day-Level variables

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

*ED = Emotional demands; EA= Emotional awareness; LEC = Lack of emotional clarity; ENA = Emotional non acceptance; EI = Emotional interference; LC = Lack of emotional control

2.5. Discussion

The present study investigated the role of daily emotional demands at work on nurses' daily motivation and well-being, and how daily emotional regulation at work influences this relationship. We hypothesized that emotional demands at work would be significant and positively related to vigour at work in the afternoon, and on vitality and positive affect at home at night and that the presence of emotional regulation abilities at work would enhance the positive impact of emotional demands on these positive outcomes. In this sense, our study extends previous research by demonstrating the potential positive effect of daily emotional demands within a health work context and the role of emotional regulation skills to enhance motivation and well-being inside and outside the workplace (Albrecht, 2010; Bakker & Sanz-Vergel, 2013; De Jonge et al., 2008; Giardini & Frese, 2006).

Overall, the findings indicate that emotional demands at work have positive effects on motivation (i.e. vigor at work) and well-being (i.e. vitality and positive affect) among nurses. In addition, the results also show that nurses with higher emotional regulation abilities could have more motivation at work and well-being at home at night when they have faced high emotional job demands, showing a spillover effect after work. The first hypothesis regarding the positive effect of emotional job demands was partly confirmed. Results show that on days when emotional demands at work were high, vigour at work and vitality at night were also high. It suggests that emotional demands from nursing work are critical daily work experiences that not only influence the energy level when being at work (vigour at work), but also *spill over* to the non-work domain by influencing positively the energy level at home (vitality at night). However, we did not find significant relationships to positive affect at night. It appeared that emotional demands at work have a higher positive effect on variables related to psychological well-being (i.e. vigour at work and vitality) than on variables related to emotional well-being (i.e. positive affect). It may be due to the fact that nurses perceive emotional demands as challenges that provide an opportunity to grow and to develop personal and professional abilities (Bakker & Sanz-Vergel, 2013), which are closely linked with psychological well-being (Ryan & Deci, 2001). According to Ryan and Frederick (1997), conditions conducive to intrinsic motivation (e.g. nursing work) are associated with a greater subjective sense of energy and vitality. Specifically, they argue that vitality is a function of conditions that support agency, self-congruence and growth (e.g.

contexts that support psychological competence or relatedness). Caring is often perceived by nurses like a competence to develop and like a source of challenge, motivation and satisfaction (Morgan & Lynn, 2009), which could lead nurses to report more energy and vitality. In addition, when nurses are offering compassion and care to patients, they could feel higher congruence between their actions and the “ideal of nurse” that they usually have (which is focused on caring), and thus, to report more motivation and liveliness.

The hypothesis regarding the boosting effects of emotional regulation abilities were partly confirmed. These results are consistent with earlier research with health employees that revealed beneficial consequences of emotional demands at work when personal resources are available (Bakker & Sanz-Vergel, 2012; Bakker et al., 2007; De Jonge et al., 2008). The findings are also in line with the recent developments in occupational health psychology about *the matching principle* (De Jonge & Dormann, 2006), which predicts that high (but not overwhelming) job demands stimulate positive psychological or physiological states best as long as employees possess sufficient functional, corresponding kinds of resources. In this way, emotionally challenging work in combination with sufficient emotional resources may enhance motivation and well-being among nurses. The presence of emotional regulation abilities in a context of high emotional demands can enhance nurses’ vigour and well-being because emotional abilities provide feelings of confidence and control in this context (Albrecht, 2010), and thus, builds an important resource which helps employees to achieve their professional and personal goals (Daniels & De Jonge, 2010; Giardini & Frese, 2006; Kanfer & Kantrowitz, 2002).

Specifically, emotional demands at work were more positively related to vigour in the afternoon in days when emotional interference at work was low. This means that nurses who have the ability to behave in accordance with desired goals when experiencing negative emotions can feel more vigour at work. This might be due to the fact that nurses with a low emotional interference divert their energy and attention available into dealing effectively with work activities, rather than into negative emotional issues. Vigour at work reflects high levels of energy, persistence and effort in the task, despite setbacks and difficulties (Schaufeli et al., 2002). In this sense, if nurses suffered daily hindrances (i.e. emotional interferences of negative emotions) in their work when they face emotional demands, it could impede them from feeling daily vigour at work. However, our hypotheses regarding the positive effect of emotional

demands at work on vigour among nurses with high emotional awareness, emotional clarity, emotional acceptance and emotional control were not confirmed. This may partly be explained due to the relative small N and because interactions terms usually have non-normal distributions, which could mask significant findings (MacKinnon et al., 2002). In additional analyses, in which we conducted the same analyses by including one interaction at a time (i.e. emotional demands at work X each emotional skill), results showed that all interactions were significant for vigour. However, one possible caution is that our analyses indicated a very high relation between some regulation abilities (i.e. emotional non-acceptance, emotional interference and lack of emotional control). To test their empirical distinction, we conducted five confirmatory factor analyses (CFA), one per day. In these analyses we could note that a model of five independent factors showed better fit than a model in which all regulatory strategies collapsed in one factor. This indicates that the five regulatory strategies represent distinct constructs.

Furthermore, emotional demands at work were more positively related to vitality and positive affect at night in days when lack of emotional clarity and lack of emotional control at work were low. These findings suggest that the spillover process from emotional demand at work on nurses' well-being during off-job time is promoted by some emotional regulation abilities during work hours. Specifically, nurses who identify and understand the emotions they are experiencing, and who have the ability to remain in control of their behaviour when experiencing negative emotions at work, have more vitality and positive affect at home at night. However, we could not confirm the hypothesis regarding the boosting effect of emotional awareness, emotional acceptance and emotional interference. Again, it may be explained due to the methodological issues noted above (MacKinnon et al., 2002). It should be also noted that although we tested the interactions in a conservative way, still results show that specific strategies are influential. Emotional clarity allows better emotional information processing and it may be a relevant personal resource to work with emotional content. Moreover, people who identify and understand their emotions at work can regulate them better and, subsequently, implement behaviours to enhance or reduce these emotions depending on their professional or personal goals. In short, emotional clarity as a resource within an emotional context could help to make work easier and fulfilling, which may at the same time promote personal well-being after work. Finally, nurses' ability to control emotions and their behaviours can affect the quality of their relationship with their

patients, especially in terms of communication, interaction, therapeutic collaboration and outcomes of treatment (Akerjordet & Severinsson, 2004). By modifying and influencing on their internal states according with the task requirements and patient's needs, they can achieve more easily professional and personal goals, and thus, a higher positive self-concept and professional recognition. For this reason, emotional control could also enhance personal well-being outside work. Taken together, in this study we uncovered that emotional regulation influences motivation and well-being not only in the form of a buffer to reduce the impact of emotional demands, such as reported in previous studies, but also as a booster to enhance the positive effect from emotional demands at work, such as reported in recent empirical studies (Bakker & Sanz-Vergel, 2013; Xanthopoulou et al., 2013).

Limitations and future research

The current study has some limitations. Firstly, we assessed all data with self-report measures raising concerns about common-method variance. By using person-centred scores in the analyses, we eliminated the potential influence of response tendencies stemming from individual differences, and we thereby reduced the problems associated with common-method variance. However, we hypothesized that emotional regulation abilities at work could enhance the positive effect of emotional job demands on vigour in the afternoon, after work. Emotional regulation abilities at work were measured retrospectively after work, together with vigour. In this sense, the relations may be increased by common method variance. Future research should try to minimize this problem by temporally separating predictor and outcome variables. Secondly, participants were not randomly selected. It is possible that people who are highly “engaged” in their work participated in the study. Moreover, there was a small number of nurses from primary health centres. Thus, it is possible that potential selection biases might have influenced the results. By controlling the “centre” variable in our analysis, we ruled out some potential biasing effects. However, future studies should try to replicate the results with a randomized and representative sample of nurses. Thirdly, participants of this study are day-shift workers. Emotional regulation ability could vary by different shift workers depending on certain work conditions. In the case of the night shifts, nurses could have different emotional demand from their patients or different levels of workload which affect to their emotional regulation. For example, working and living with non-standard work schedules necessitates spending more energy in coping

with personal and social demands, and therefore offers fewer degrees of freedom for intensive interaction with patients at work (Poissonnet & Véron, 2000). Again, future studies should try to replicate the results with a representative sample of workers with different shifts. Fourthly, one dimension of the DERS measured in the diary (lack of emotional clarity) showed low Cronbach's alpha coefficients during some days, indicating low reliability of this subscale. Future researchers on emotional regulation at work are challenged to investigate more thoroughly whether adaptation of general scales is the best way to measure emotional regulation at work on the day level. Finally, we cannot draw conclusions about causal relations between our variables. Experimental studies or intervention studies manipulating emotional regulation are needed to confirm the causal links of the proposed relations.

Conclusion and Practical implications

This study shows that emotional demands at work could also have a positive side and promote motivation experiences and well-being within a health care work context, among nurses. Importantly, this association becomes more evident when nurses do not have difficulties to manage their own emotions, allowing emotional demands at work not to be perceived as a hindrance.

Our study suggests practical implications that may help nurses to be more motivated at work and show higher well-being outside it. It is important that nurses have emotional regulation abilities because they work in a high emotional work context. Nurses with emotional regulation abilities could benefit from a sense of control and confidence in that emotional context, and therefore feel higher motivation and well-being within their job and in their personal life. In the field of applied occupational psychology we can see intervention studies that show how nurses can improve their levels of personal and professional well-being by improving variables of emotional regulation explored in this study (Shapiro et al., 2005). For this reason, workers and supervisors should pay more attention to the issue of how to learn and how to develop emotional regulation abilities at work in order to manage emotional job demands, particularly in trainee nurses.

Chapter 3

Job Resources and Recovery Experiences to Face Difficulties in Emotion Regulation at Work: A Diary Study among Nurses.

Blanco-Donoso, L.M., Garrosa, E., Demerouti, E. y Moreno-Jiménez, B. (*in press*). Job Resources and Recovery Experiences to Face Difficulties in Emotion Regulation at Work: A Diary Study among Nurses. *International Journal of Stress Management*. ISSN 1072-5245.

3.1. Abstract

The present study examines the role of daily difficulties in emotion regulation at work in nurse's daily well-being and how certain job resources and recovery experiences influence this relationship. We hypothesized that daily difficulties to regulate emotions at work would be significantly and positively related to emotional exhaustion at work in the afternoon, and to fatigue and negative affect at home at night. Moreover, we hypothesized that co-worker and supervisor support, as well as psychological detachment and relaxation, would buffer the negative impact of these difficulties on the outcomes. Seventy-four nurses from various Spanish hospitals and primary health care centres completed a general questionnaire and a diary booklet over 5 consecutive workdays at two different moments, after work and at night (N = 74 participants and N = 370 observations). The results of multilevel analyses showed that nurses' daily difficulties in emotion regulation have a direct effect on daily emotional exhaustion at work, and on fatigue and negative affect at home at night. We also found that co-worker support, psychological detachment and relaxation minimize the unfavourable effects on well-being of difficulties in emotion regulation. Limitations and implications for nursing and other health occupations are mentioned.

Keywords: difficulties in emotion regulation, job resources, recovery, emotional exhaustion, well-being.

3.2. Introduction

Nursing is an emotionally demanding profession, as it requires working with high stress, and dealing with illness, human suffering, and patients' emotions (Broom et al., 2014; Happell et al., 2013; Oflaz et al., 2010). On a daily basis, these professionals face uncooperative patients, intense emotional reactions, and aggressive behaviours of patients, relatives, and sometimes even of their own colleagues and supervisors (Chou, Hecker, & Martin, 2012; Spector et al., 2014). Such emotional contexts can cause nurses to experience very diverse and intense emotions, leading to negative consequences for their health and well-being, for the health organization, and for the quality of service. There are reports in the literature of how the emotional stress of nursing can increase nurses' levels of emotional exhaustion and fatigue (Le Blanc, Bakker, Peeters, Van Heesch, & Schaufeli, 2001; Winwood & Lushington, 2006), their intentions to quit the profession (Flinkman et al., 2008), and work-family conflict (Cortese, Colombo, & Ghislieri, 2010), as well as decrease their job satisfaction (Chou et al., 2012). It has also been reported that the number of deaths in hospitals can increase due to nurses' stress (Clausen, Nielsen, Carneiro, & Borg, 2012). Emotion regulation difficulties among these professionals can increase the negative consequences of a work context characterized by high emotional intensity and stress (Losa-Iglesias et al., 2010; Manzano-García et al., 2012). From this perspective, nurses' emotion regulation skills to perceive and understand their emotions or to manage emotions in order to achieve their own goals are relevant to promote their well-being (Garrosa et al., 2011; Mikolajczak et al., 2007).

The study of the influence of personal emotion regulation difficulties on people's well-being began gaining significance in the last decade, particularly in the field of clinical psychology (Aldao et al., 2010). Difficulties in emotion regulation are conceptualized by Gratz and Roemer (2004) as maladaptive ways of responding to emotions (regardless of their intensity/reactivity). These maladaptations include a lack of emotional abilities such as awareness and emotional clarity, rejecting responses, high emotional interference of negative emotions in the performance of goal-oriented behaviours, and the inability to control behaviours in the face of emotional distress. Research shows that emotion regulation difficulties can lead to health-related problems such as depression (Rude & McCarthy, 2003), anxiety (Mennin et al., 2005) and higher negative affect (Cisler, Olatunji, & Lohr, 2009). In the field of the psychology of work

and organizations, the study of workers' difficulties to regulate their emotions has mostly been addressed in studies based on constructs like *emotional labour* and *emotional dissonance* (Bakker & Heuven, 2006; Cheung & Tang, 2007; Hülshager et al., 2013, Schraub et al., 2013), or else studies have explored how lack of emotional intelligence can affect workers' well-being and health (Smith, Profetto-McGrath, & Cummings, 2009). However, most studies dealing with emotional regulation at work address these issues from the point of view of the discomfort or distress caused by not managing emotions adequately to achieve an organizational end or to comply with the norms and rules of emotional expression in force in some organizations. Such norms often refer to the interaction with patients or clients but do not address the way internal emotion regulation difficulties can affect workers' personal and professional well-being at work (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcover, y Holman, 2007). Moreover, most research on emotion regulation difficulties has examined relatively stable differences between people in terms of their enduring emotional difficulties. This approach may only explain how employees differ from each other in their emotion regulation difficulties, but it cannot explain within-person fluctuations in these difficulties over time. Therefore, the first objective of this study is to explore the daily impact of nurses' emotion regulation difficulties on their daily levels of emotional exhaustion after work, as well as on fatigue and negative affect at night.

The second goal of this study is to explore the way in which certain job resources and recovery experiences can buffer the negative impact on nurses' well-being of these emotional difficulties at work. Research shows that workers can make use of job resources and implement actions that help them to mitigate the negative impact of different stressors (De Jonge et al., 2012). Job resources such as co-worker and supervisor support can prevent nurses from feeling emotional exhaustion at work (De Jonge et al., 2008), whereas recovery experiences after work help to them to recover physically, psychologically, and emotionally from the extra effort made at work and to feel better outside of work (Drach-Zahavy & Marzuq, 2013). However, the buffering effect of these job resources and recovery experiences against the presence of emotion regulation difficulties at work in the nursing profession has not yet been explored.

The present study aims to contribute to the literature in the following ways. To our knowledge, this study is the first that analyses the construct of emotion regulation difficulties in the work setting. We build on previous studies analysing the role of emotion regulation in an organizational field by incorporating workers' difficulties to

regulate emotions, thereby obtaining a more complete picture of emotion regulation at work. Moreover, we examine within-person fluctuations in emotion regulation difficulties, relating them to daily fluctuations in emotional exhaustion, fatigue, and negative affect. Most studies on emotion regulation difficulties have examined between-person differences in these difficulties and their consequences, for instance, in terms of physical and mental health problems. In contrast to previous studies, we use a diary approach and a multilevel design, which takes into account both between-person and within-person variations. This is also the first study to incorporate the role of certain job resources and recovery experiences to deal with these emotion regulation difficulties at work at the day level. Thus, we integrate research lines on emotion regulation, work stress, and recovery. Finally, the current study focuses on nurses, a sample that faces high emotional demands at work and for whom the availability of emotional job resources and recovery experiences can be very relevant. Emotional self-regulation at work is critical to understand the stress reaction among nurses, and the results of this study may have important implications for the quality of care provided to patients, the retention of professionals in the organization, and the workers' performance, as other studies have pointed out.

Emotion regulation difficulties and well-being

Gratz and Roemer conceptualize emotion regulation as adaptive ways of responding to emotions (regardless of their intensity/reactivity), including emotional abilities such as awareness and emotional clarity, accepting responses, a low emotional interference of negative emotions to perform goal-oriented behaviours, and the ability to control behaviours in the face of emotional distress. In accordance with these authors “the relative absence of any or all of these abilities would indicate the presence of difficulties in emotion regulation, or emotion dysregulation” (Gratz & Roemer, 2004, p. 43; Gratz et al., 2006). This conceptualization emphasises the functionality of emotions and defines emotion dysregulation as a multidimensional construct involving the following: lack of emotional awareness, lack of emotional clarity, non-acceptance of emotional responses, difficulties engaging in goal-directed behaviour, impulse control difficulties, and limited access to emotion regulation strategies (Gratz & Roemer, 2004). These difficulties are involved in many clinical disorders, including depression, anxiety and

personality disorders and could reveal the loss of the capacity to regulate one's emotions, which implies the loss of a particular personal resource (Gross, 1998).

Workers who have emotion regulation difficulties perceive, understand, regulate, and manage their emotions and the emotional content of their work more poorly than workers who have emotional skills (Giardini & Frese, 2006). Moreover, scientific literature shows that workers with difficulties to regulate emotions (their own and others') can present higher levels of frustration and stress (King, 2012) and emotional exhaustion (Augusto-Landa et al., 2008; Losa-Iglesias et al., 2010). For example, research on the construct of emotional intelligence among nursing professionals concludes that professionals who have low awareness and emotional clarity are more vulnerable to emotional exhaustion (Augusto-Landa et al., 2008; Mikolajczak et al., 2007). In contrast, recent literature reveals that, when the nurses possess certain emotional resources (e.g., emotional abilities, self-efficacy, resilience, optimism), the emotional demands of their work can become a source of motivation and reduce their levels of emotional exhaustion and stress (Bakker & Sanz-Vergel, 2013; Donoso, Demerouti, Garrosa, Moreno-Jiménez, & Carmona-Cobo, 2015; Heuven et al., 2006).

The deterioration of well-being caused by emotion regulation difficulties at work may be explained by the conservation of resources (COR) theory (Hobfoll & Shirom, 2001). According to this theory, people strive to obtain, retain, and protect resources that include social conditions, personal characteristics, and energies. Individuals who do not have access to strong resource pools are more likely to experience increased resource loss (loss spiral). From a COR perspective, emotional difficulties at work would indicate the loss of the capacity to regulate emotions. This loss could demand more effort from them, leading to the depletion of other resources used for emotional control, together with a depletion of energy and well-being (Muraven & Baumeister, 2000; Hobfoll & Shirom, 2001). Taking into account these arguments, we formulate the following hypotheses:

*H*₁. Day-specific difficulties in emotion regulation at work will be significantly and positively related to (1a) day-specific emotional exhaustion in the afternoon, (1b) day-specific fatigue at night, and (1c) day-specific negative affect at night.

Resources to cope with emotion regulation difficulties at work

With regard to emotion regulation difficulties at work, or emotional resource loss, having access to other resources may be crucial to buffer the impact of such a loss on strain (Hobfoll & Shirom, 2001). In this study, we will explore the role of two job resources (i.e., co-worker and supervisor support) and two recovery experiences (i.e., psychological detachment and relaxation) as potential buffers against these negative effects.

Job resources: Co-worker and supervisor support

Job resources have been broadly conceptualized as different kinds of energy reservoirs that can be tapped when the employee has to cope with job stressors (Hobfoll & Shirom, 2001). The presence and availability of job resources helps workers to reduce job demands, provides mental states of vigour and dedication at work, and activates personal resources (Bakker & Demerouti, 2007). From this perspective, social support is probably the most well-known job resource as a potential moderator against job strain. The social support of colleagues and supervisors helps to achieve work goals and protects workers from the pathological consequences of stressful job experiences because social support offers both instrumental and emotional support (van den Tooren & de Jonge, 2008; van den Tooren, De Jonge, & Dormann, 2012). For example, de Jonge and Dormann's (2006) study with health professionals by revealed that co-worker and supervisor support moderated the relationship between these professionals' emotional stress and emotional exhaustion, and this has been confirmed in other investigations (De Jonge et al., 2008; Pisaniello et al., 2012; Zapf, 2002).

Workers with difficulties to regulate emotions at work can find support and an emotional resource among their colleagues (Grandey, 2000; Zapf, 2002). Emotionally supportive interactions include expressions of caring, encouragement, attentive listening, reassurance, and they usually avoid criticism. Such exchanges foster the experience of feeling accepted, cared for, admired, respected, and valued despite personal difficulties (Dennis, 2003). Support by a supervisor can also be a great buffer against the effects of emotion regulation difficulties. Supervisor support takes many forms, including managers' recognition of the emotional dimensions of the work, debriefing after a distressing event, giving useful advice, and treating workers with respect (King, 2012). Co-worker and supervisor support may therefore moderate the

relationship between emotion regulation difficulties at work and nurse's emotional exhaustion, fatigue, and negative affect. This moderation could be explained by the COR theory (Hobfoll & Shirom, 2001), which holds that emotional exhaustion and strain are a result of individuals' inability to retain energetic and emotional resources spent on emotion regulation. Workers with emotion regulation difficulties may substitute these depleted emotional resources with other emotional resources, such as colleagues' and supervisors' support, thereby feeling less emotional exhaustion, fatigue, and negative affect (van den Tooren & de Jonge, 2008; van den Tooren et al., 2012). Thus, on the basis of the arguments and literature presented, we formulate the following hypotheses:

H₂. Day-specific emotion regulation difficulties at work will be more positively associated with day-specific emotional exhaustion in the afternoon (2a) on days when nurses perceive less co-worker support as opposed to days when nurses perceive more co-worker support, and (2b) on days when nurses perceive less supervisor support as opposed to days when they perceive more supervisor support at work.

Recovery experiences: Psychological detachment and relaxation

Workers can also carry out activities that help them to recover from stress after a workday (Sonnentag & Bayer, 2005). The inability to rest and recover from work can have severe negative effects on individual health and well-being (Meijman & Mulder, 1998). In this sense, nurses should be able to recharge the emotional and physical resources that are used up when facing emotion regulation difficulties in order to retain their well-being after work. Recovery offers the individual resources to reduce the negative effect of daily stress and helps alleviate the mood-related effect of stressors and restore individual well-being (Sonntag & Bayer, 2005). Sonnentag and Fritz (2007) conceptualized recovery as a process during which individual functional systems that have been called upon during a stressful experience return to their pre-stressor levels (Meijman & Mulder, 1998). In the present study, we focused on mechanisms that help recovery, which Sonnentag and Fritz (2007) called recovery experiences. These recovery experiences are understood not as activities per se, but as underlying psychological experiences through which people feel recovered. Among the four recovery experiences proposed by Sonnentag and Fritz (i.e., psychological detachment, relaxation, mastery experiences, and control during leisure time), psychological

detachment and relaxation have been studied the most, and their recovery effect has received the most empirical support (Sonnentag & Fritz, 2007). On the basis of these considerations, we decided to focus on these two recovery experiences.

Psychological detachment from work has been described as the sense of being not only physically, but also mentally away from the work situation (Etzion et al., 1998, p. 579). When psychologically detached from work, one stops thinking or ruminating about job-related problems or opportunities. When workers have higher levels of stress, psychological detachment from work can decrease fatigue (Sonnentag & Bayer, 2005), somatic symptoms, anxiety (Moreno-Jiménez et al., 2012) and psychological strain (Moreno-Jiménez et al., 2009).

Relaxation is an emotion-regulation strategy aimed at decreasing and modulating the physiological component of emotions (Lawrence et al., 2011). This implies a state in which the person has low activation and high positive affect (Sonnentag & Fritz, 2007). Like psychological detachment, relaxation has also been related to less anxiety, somatic symptoms (Moreno-Jiménez et al., 2012) and emotional exhaustion when workers face stress (Siltaloppi et al., 2009).

As mentioned above, the presence of emotion regulation difficulties among nurses during the workday can deplete their energy and well-being. However, recovery experiences offer the opportunity to replenish the energy and well-being resources depleted by these difficulties through “emotion-regulation breaks”, during which no further psychological and physiological efforts are required (Lilius, 2012). This moderation effect of recovery experiences could be explained by the effort-recovery (E-R) model (Meijman & Mulder, 1998). According to the E-R model, effort at work leads to load reactions (e.g., excretion of stress hormones, feelings of fatigue), and when an individual is no longer confronted with work demands, load reactions are released and recovery occurs. Therefore, psychological detachment and relaxation may be helpful, because they imply that no further demands are made on the functional systems (e.g., neuroendocrine and cardiovascular systems) and on the internal resources (e.g., self-regulation) required during work (Meijman & Mulder, 1998). Thus, on the basis of the arguments and literature presented, we formulate the following hypotheses:

H₃. Day-specific difficulties in emotion regulation at work will be more positively associated with day-specific fatigue at night (3a) among nurses who had less relaxation experiences in afternoon after work, and (3b) among nurses who had less psychological

detachment in the afternoon after work, as opposed to nurses who had more relaxation and psychological detachment experiences in afternoon.

H₄. Day-specific difficulties in emotion regulation at work will be more positively associated with day-specific negative affect at night (4a) among nurses who had less relaxation experiences in afternoon after work, and (4b) among nurses who had less psychological detachment in the afternoon after work, as opposed to nurses who had more relaxation and psychological detachment experiences in afternoon.

3.3. Method

Sample and Procedure

Nurses from various hospital and primary care centres in Spain participated in the study. Participants were recruited using a snowball technique, through the researchers' social networks. One hundred and twelve nurses received a package that included: a letter describing the objective of the study and the general and daily questionnaire. They had to fill in the general questionnaire and subsequently, they had to complete daily questionnaires two times a day (in the afternoon after work and at night before going to bed) for five consecutive workdays from Monday to Friday ($N = 5 \times 74 = 370$ occasions). To guarantee confidentiality, responses were matched using anonymous codes. The study protocol was approved by the ethical committee of the University.

Of the 112 surveys distributed, 74 were returned (response rate = 66%; 66 women, 5 men, and 3 missing values) from hospitals (54.1 %) and primary care centres (45.9 %). The hospital nurses belong to diverse care services (i.e., intensive care unit, surgical unit, and emergencies). Mean age was 42.83 years ($SD = 11.18$). Most employees worked 38.22 hours per week ($SD = 4.41$) and the average years of tenure in their work centres was 10.28 years ($SD = 9.42$). All the professionals worked the morning shift.

We collected the data with the same general and daily paper-based questionnaires. Emotion regulation difficulties at work, co-worker support, supervisor support, and emotional exhaustion were assessed in the afternoon after work, while fatigue, negative affect, relaxation, and psychological detachment were reported at night before bedtime. Participants received clear instructions to complete the questionnaire physically at work immediately after the shift ended, and at night right before going to the bed, and researchers emphasised the importance of following this procedure. The use of alarms as reminders was also suggested.

In the study, the general measure of the dependent variables (i.e., emotional exhaustion, fatigue, and negative affect at night) was taken to control for the effect of nurses' general levels of these variables.

Daily measures of all the variables were taken using modifications of the items from the corresponding general scale, reworded for daily administration. For daily measures, we used the same response categories as for the general variable (Nezlek, 2012).

Measures

Daily Emotion Regulation Difficulties at Work. This construct was measured through the Spanish adaptation (Hervás & Jódar, 2008) of the Difficulty of Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004). The scale used for this study contains 28 items divided into 5 subscales: Lack of Emotional Awareness (e.g., "I am attentive to my feelings"; reversed item), Lack of Emotional Clarity (e.g., "I have no idea how I am feeling"), Emotional Non-acceptance (e.g., "When I'm upset, I feel guilty for feeling that way"), Emotional Interference (e.g., "When I'm upset, I have difficulty getting work done"), and Lack of Emotional Control (e.g., "When I'm upset, I feel out of control"). For this study, we calculated and used a general index of emotion regulation difficulties, which also showed good psychometric properties in the Spanish validation study of this scale (Hervás & Jodar, 2008). For the daily measure after work, the items were adapted to refer to the preceding workday (i.e., "Today at work, when I was upset, I had difficulty concentrating"). The instrument format is a graduated Likert scale, ranging from 1 (*almost never*) to 5 (*almost always*): the higher the score, the greater the emotion regulation difficulty. The reliability and validity of the scale are well-established (Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Jódar, 2008). The Cronbach alpha of the daily measure in this study ranged between .81 and .87 ($M = .83$).

Daily Job Resources. Co-worker support was measured with three items from the Spanish validation (Escribá-Agüir et al., 2000) of the Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1998). Supervisor support was measured with three items from the same scale. For the daily measure after work, the items were adapted to refer to the preceding workday (e.g., "Today at work, the people I worked with took a personal interest in me" for Co-worker support, or "Today at work, my supervisor was helpful in getting the job done" for Supervisor support). Both variables were rated on a 4-point scale, ranging from 1 (*strongly disagree*) to 4 (*strongly agree*). Cronbach's alpha for the daily measure in this study ranged between .83 and .94 ($M = .87$) for Co-worker Support, and between .88 and .93 ($M = .92$) for Supervisor Support.

Daily Recovery Experiences. Psychological detachment and relaxation were measured with 3 items each from the Spanish validation (Sanz-Vergel et al., 2010) of the Recovery Experience Questionnaire (Sonnetag & Fritz, 2007). For the daily measurement at night, the items were adapted refer to the preceding afternoon (e.g., “This afternoon, I did relaxing things” for Relaxation, or “This afternoon, I distanced myself from my work” for Psychological detachment). Both variables were rated on a 5-point scale, ranging from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*). Cronbach's alpha for the daily measure in this study ranged between .80 and .87 ($M = .84$) for Relaxation, and between .88 and .93 ($M = .90$) for Psychological detachment.

General and Daily Emotional Exhaustion. Emotional exhaustion was assessed with 4 items from the Nursing Burnout Scale (NBS; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, & González, 2008). For the daily measure after work, the items were adapted to refer to the preceding workday (e.g., “Today, I felt exhausted at the end of workday”). Each item was rated on a 4-point Likert-type scale, ranging from 1 (*totally disagree*) to 4 (*totally agree*). In this study, Cronbach's alpha for the general measure was $\alpha = .85$, ranging between .86 and .89 ($M = .88$) for the daily measure.

General and Momentary Fatigue at Night. Fatigue was measured with the Spanish version (González, Moreno, Garrosa, & López, 2005) of the Swedish Occupational Fatigue Inventory (SOFI; Ahsberg et al., 1997). This version of SOFI considers five dimensions of fatigue (3 items each): Lack of Energy (e.g., “In general, I feel drained”), Physical Effort (e.g., “In general, I feel palpitations”), Physical Discomfort (e.g., “In general, I feel my muscle are tense”), Lack of Motivation (e.g., “In general, I feel uninterested”), and Sleepiness (e.g., “In general, I feel sleepy”). Participants were asked to rate on an 11-point scale the extent to which the expressions described their own feelings, ranging from 1 (*not at all*) to 11 (*very much*). For this study, we calculated and used a general index of fatigue. Daily fatigue at night was measured with the same scale, modified so that the items referred to the present moment (e.g., “At this moment, I feel drained”). In this study, Cronbach's alpha for the general measure was $\alpha = .90$, ranging between .88 and .93 ($M = .91$) for the daily measure.

General and Momentary Negative Affect at Night. Negative affect was measured with the Spanish short version (Robles & Páez, 2003) of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Mackinnon et al. 1999). The Negative subscale assesses with five items the general tendency to feel negative emotions (e.g., “hostile” or “ashamed”). Participants were asked to rate on a 5-point scale the extent to which the expressions

described their own feelings, ranging from 1 (*very slightly*) to 5 (*extremely*). Daily negative affect at night was measured with the same scale, modified so that the items referred to the present moment (e.g., “At this moment, I feel ashamed”). In this study, Cronbach's alpha for the general measure was $\alpha = .70$, ranging between .70 and .84 ($M = .78$) for the daily measure.

Statistical analysis

We used multilevel analysis, given the hierarchical structure of our data (Nezlek, 2012). Predictor day-level variables were centred at the respective person mean, whereas person-level variables were centred at the grand mean. Centring day-level variables at the person mean implies that all between-person variance in these variables is removed, and interpretations of our results referring to stable differences between persons can be ruled out. Additionally, we included the variable “time” in the analyses as a control variable in order to control for possible accumulation effects in the dependent variable over the course of the five working days. In addition, the baseline levels of the outcome measures were included in the models as controls. Including baseline levels enabled us to analyse the daily fluctuations around the nurses’ baselines, which is relevant because nurses’ general levels could affect their momentary states (Ouweneel, Le Blanc, Schaufeli, & van Wijhe, 2012). Data was analysed using MLwiN 2.28 software.

3.4. Results

Preliminary analysis

In order to examine the total variance at the within-person level, we estimated the intra-class correlation coefficient (see Table 3.1). All predictor variables showed an intra-class correlation coefficient above 25% (Hox & Roberts, 2011). Overall, these findings suggest that a substantial portion of the variance in our variables can be attributed to within-person variation across the 5 days, which supports the usage of multilevel analysis (Fisher & To, 2012). Table 3.1 also shows the means, standard deviations, Cronbach’s alphas, and correlations among all the study variables.

Hypothesis Testing

The results of our multilevel analyses testing Hypothesis 1 are presented in Tables 3.2, 3.3, and 3.4 (in Model 2). The results support Hypothesis 1a ($B = 0.412$, $SE =$

0.105, $t = 3.92$, $p < .001$), Hypothesis 1b ($B = 0.445$, $SE = 0.214$, $t = 2.07$, $p < .05$) and Hypothesis 1c ($B = 0.388$, $SE = 0.077$, $t = 5.03$, $p < .001$). Thus, on days with high emotion regulation difficulties at work, nurses feel more emotional exhaustion in the afternoon and also more fatigue and negative affect at home at night.

In order to test Hypotheses 2 to 4, the interaction terms were incorporated into the last model (Model 4 in the tables). For the significant moderating effect, we conducted simple slope tests in order to examine the pattern of the interaction (Preacher et al., 2006).

Emotional exhaustion in the afternoon

In the case of emotional exhaustion in the afternoon (see Table 3.2), Model 4, which included the two interaction terms, showed an improvement in the fit compared to Model 3 (difference of $-2 \times \log = 16.689$, $df = 2$, $p < .001$). Specifically, there was a significant interaction between emotion regulation difficulties at work and co-worker support at work on emotional exhaustion in the afternoon ($B = -0.582$, $SE = 0.161$, $t = -3.61$, $p < .001$). Moreover, the control variables time ($B = 0.070$, $SE = 0.021$, $t = 3.33$, $p < .001$) and general emotional exhaustion ($B = 0.732$, $SE = 0.107$, $t = 2.89$, $p < .01$) had a direct and significant relationship with emotional exhaustion in the afternoon. As shown in Figure 3.1, simple slope tests showed that emotion regulation difficulties were negatively related to emotional exhaustion in the afternoon on days with high co-worker support ($\gamma = -1.550$, $SE = 0.574$, $z = -2.69$, $p < .01$), whereas they were more positively related on days with low co-worker support ($\gamma = 1.107$, $SE = 0.174$, $z = 6.33$, $p < .001$). Hence, Hypothesis 2a was confirmed (see Figure 3.1). However, we did not find support for Hypothesis 2b, as supervisor support was not shown to be a significant moderator between emotion regulation difficulties at work and emotional exhaustion.

Table 3.1. Means, standard deviations, Cronbach's alphas and correlations ($N = 74$ individuals, $N = 370$ observations)

	ICC	M	DT	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Gender ^a	-	-	-	.	.03	-.02	.14**	.14*	.11	-.08	-.04	.06	.22**	-.04	-.06	-.03	.14*	.13*	
2. Age ^a	-	42.83	11.18	.		.48**	.21**	-.37**	-.28**	-.12	-.06	-.31**	-.27**	-.19**	-.10	.02	.07	.12	
3. Tenure (years) ^a	-	10.28	9.42	.			.01	-.12	-.11	.03	.02	-.12	-.11	-.05	-.12	.08	.06	.24**	
4. Centre ^a	-	-	-	.				-.05	-.23**	.04	-.10	.11	-.05	-.12	-.16**	-.19**	-.02	.05	
5. General EE ^a	-	2.40	0.70	.85					.66**	.37**	.34**	.61**	.49**	.37**	-.15**	-.22**	-.12	-.13*	
6. General Fatigue ^a	-	4.27	1.80	.90						.23**	.24**	.50**	.61**	.33**	-.20**	-.28**	.02	-.12*	
7. General NA ^a	-	1.86	0.63	.70							.28**	.33**	.16*	.34**	-.06	-.15*	-.07	-.19**	
8. DER at work ^b	.75	1.99	0.49	.83								.38**	.22**	.37**	.11	.13*	-.08	.08	
9. EE in afternoon ^b	.70	2.09	0.83	.88									.53**	.42**	-.17**	-.24**	-.13*	-.04	
10. Fatigue at night ^b	.73	3.59	1.78	.91										.44**	-.03	-.17**	.02	-.19**	
11. NA at night ^b	.61	1.31	0.49	.78											-.16*	-.01	-.24**	-.12*	
12. CS at work ^b	.69	3.13	0.72	.87												.49**	.16**	.07	
13. SS at work ^b	.74	2.27	0.93	.92													-.01	.18**	
14. PD in the afternoon ^b	.66	3.59	0.98	.90														-.24**	
15. Relaxation in the afternoon ^b	.72	3.38	1.00	.84															-

Notes: Gender is coded as 1 = male, 2 = female; Centre is coded as 1 = Hospital, 2 = Primary care centre

*ICC= intra-class correlation. EE=Emotional exhaustion; NA= Negative affect; DER= Difficulties in emotion regulation; CS= Co-worker support; SS= Supervisor support; PD= Psychological

* $p < .05$. ** $p < .01$.

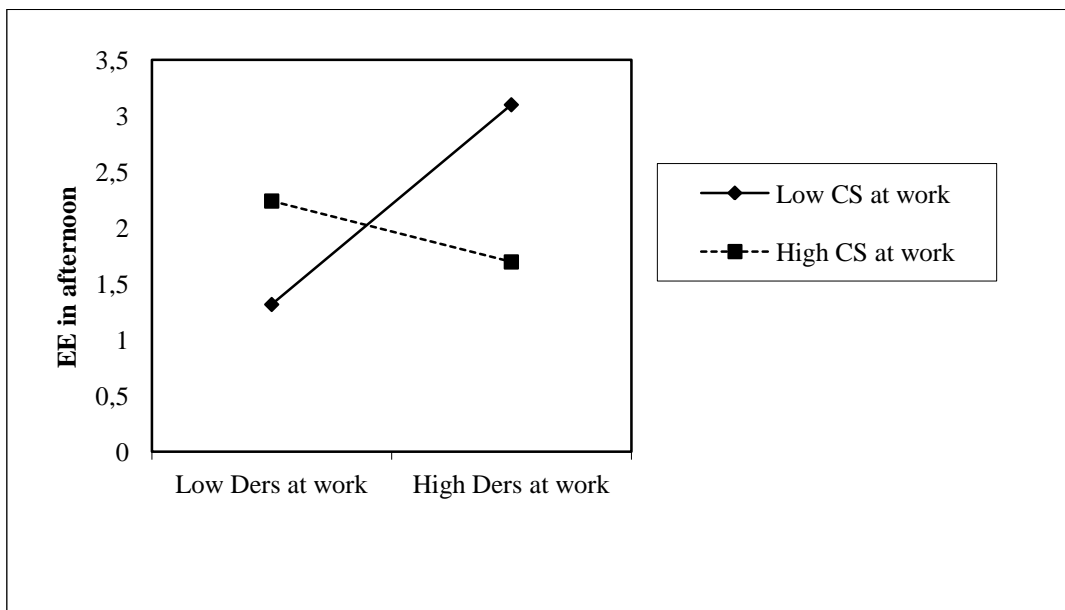
Table 3.2. *Multilevel estimates for models predicting EE in the afternoon*

Variables	Null Model			Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t
Intercept	2.090	0.094	22.23***	2.083	0.066	31.56***	2.081	0.067	31.05***	2.081	0.067	31.05***	2.088	0.068	30.70***
Time (day)				0.081	0.022	3.68***	0.073	0.021	3.47***	0.073	0.021	3.47***	0.070	0.021	3.33***
General EE ^a				0.0726	0.095	7.64***	0.725	0.096	7.55***	0.724	0.096	7.54***	0.732	0.098	7.46***
DER at work ^b							0.412	0.105	3.92***	0.423	0.106	3.99***	0.310	0.107	2.89**
CS at work ^b										-0.082	0.069	-1.18	-0.120	0.067	-1.79
SS at work ^b										0.025	0.063	0.39	0.011	0.061	0.18
DER at work X CS at work ^b													-0.582	0.161	-3.61***
DER at work X SS at work ^b													0.061	0.213	-0.28
-2 X Log(lh)		509.224			449.380			434.563			432.048			415.359	
Difference of -2 X Log					59.844***			14.817***			2.515			16.689***	
df					2			1			2			2	
Level 1 intercept variance (SE)		0.259(0.025)			0.247(0.024)			0.229(0.023)			0.230(0.023)			0.210(0.021)	
Level 2 intercept variance (SE)		0.424(0.092)			0.179(0.045)			0.186(0.046)			0.186(0.046)			0.196(0.047)	

Note: ^a Person-Level variables; ^b Day-Level variables

EE=Emotional exhaustion; DER= Difficulties in emotion regulation; CS= Co-worker support; SS= Supervisor support.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.



Note: EE= Emotional exhaustion; DER= Difficulties in emotional regulation; CS= Coworker support

Figure 3.1. Interaction effects of DER at work and CS at work in predicting EE in afternoon

Fatigue at night

In the case of fatigue at night, we can see in Table 3.3 that Model 4 added the interaction terms and increased the model fit (difference of $-2 \times \log = 11.122$, $df = 2$, $p < .01$). Specifically, there was a significant interaction between emotion regulation difficulties at work and relaxation in the afternoon on fatigue at night ($B = -0.716$, $SE = 0.280$, $t = -2.55$, $p < .01$), as shown in Figure 3.2. Moreover, relaxation in the afternoon had a direct and significant relationship with fatigue at night ($B = -0.305$, $SE = 0.103$, $t = -2.96$, $p < .001$). Simple slope tests showed that emotion regulation difficulties were more positively related to fatigue at night on days when people experienced less relaxation in the afternoon ($\gamma = 1.054$, $SE = 0.371$, $z = 2.84$, $p < .01$), whereas they were unrelated on days when relaxation was high ($\gamma = -0.903$, $SE = 0.520$, $z = -1.73$, *ns*). Therefore, this result is in accordance with Hypothesis 3a (see Figure 3.2). However, we found no support for Hypothesis 3b because psychological detachment was not shown to be a significant moderator between emotion regulation difficulties at work and fatigue.

Negative affect at night

In the prediction of negative affect at night (see Table 3.4), Model 4 added the interaction terms and increased the model fit (difference of $-2 \times \log = 7.058$, $df = 2$, $p < .05$). In this case, there was also a significant interaction between emotion regulation difficulties at work and psychological detachment in the afternoon on negative affect at night ($B = -0.219$, $SE = 0.092$, $t = -2.38$, $p < .05$). As shown in Figure 3.3, emotion regulation difficulties at work were more positively related to negative affect at night on days when people showed less detachment from work in the afternoon ($\gamma = 0.556$, $SE = 0.112$, $z = 4.93$, $p < .001$), whereas emotion regulation difficulties at work were unrelated to negative affect on days when psychological detachment was high ($\gamma = 0.053$, $SE = 0.150$, $z = 0.35$, *ns*). Hence, Hypothesis 4b was confirmed, but Hypothesis 4a was rejected. Namely, psychological detachment was a significant moderator between emotion regulation difficulties at work and negative affect, but relaxation did not show this moderating effect.

Table 3.3. *Multilevel estimates for models predicting Fatigue at night*

Variables	Null Model			Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t	Estimate	SE	t
Intercept	3.617	0.211	17.14***	3.590	0.150	23.93***	3.588	0.151	23.76***	3.588	0.151	23.76***	3.606	0.150	24.04***
Time (Day)				0.029	0.044	0.65	0.020	0.043	0.45	0.021	0.043	0.48	0.007	0.042	0.16
General Fatigue ^a				0.615	0.084	7.32***	0.615	0.084	7.32***	0.615	0.084	7.32***	0.621	0.084	7.39***
DER at work ^b							0.445	0.214	2.07*	0.502	0.214	2.34*	0.290	0.227	1.27
PD in the afternoon ^b										-0.014	0.092	-0.15	-0.096	0.093	-1.03
Relaxation in the afternoon ^b										-0.193	0.100	-1.93	-0.305	0.103	-2.96***
DER at work X PD in the afternoon ^b													-0.097	0.254	-0.38
DER at work X Relaxation in the afternoon ^b													-0.716	0.280	-2.55**
-2 X Log(lh)		871.888			830.815			822.561			811.439			805.911	
Difference of -2 X Log					41.073***			4.272*			3.982			11.122**	
df					2			1			2			2	
Level 1 intercept variance (SE)		0.983(0.096)			0.982(0.096)			0.961(0.094)			0.942(0.092)			0.895(0.088)	
Level 2 intercept variance (SE)		2.196(0.463)			0.996(0.233)			1.007(0.234)			1.012(0.235)			1.015(0.233)	

Note: ^a Person-Level variables; ^b Day-Level variables. EE=Emotional exhaustion; NA= Negative affect; DER= Difficulties in emotion regulation; CS= Co-worker support; SS= Supervisor support
 PD = Psychological detachment.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

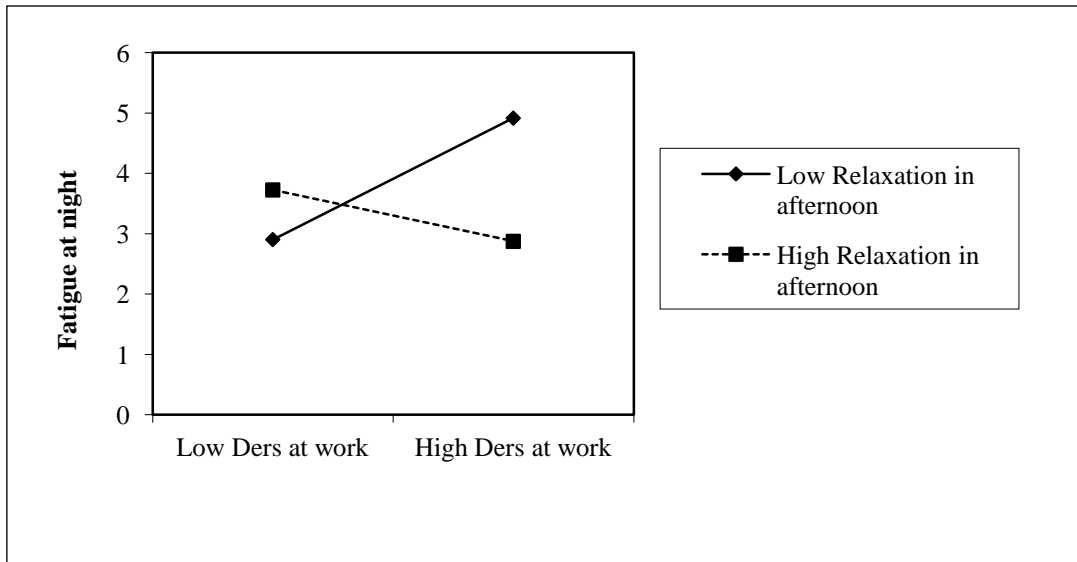
Table 3.4. *Multilevel estimates for models predicting NA at night*

Variables	Null Model			Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>	Estimate	SE	<i>t</i>
Intercept	1.316	0.047	28.00***	1.323	0.043	30.76***	1.321	0.044	30.02***	1.321	0.044	30.02***	1.320	0.043	30.69***
Time (Day)				0.028	0.017	1.64	0.021	0.016	1.31	0.019	0.016	1.18	0.019	0.016	1.88
General NA ^a				0.265	0.069	3.84***	0.259	0.070	3.70***	0.259	0.070	3.70***	0.247	0.068	3.63***
DER at work ^b							0.388	0.077	5.05***	0.394	0.078	5.05***	0.309	0.084	3.67***
PD in the afternoon ^b										-0.037	0.034	-1.08	-0.052	0.035	-1.48
Relaxation in the afternoon ^b										-0.020	0.037	-0.54	-0.038	0.039	-0.97
DER at work X PD in the afternoon ^b													-0.219	0.092	-2.38*
DER at work X Relaxation in the afternoon ^b													0.036	0.102	0.35
-2 X Log(lh)		321.896			281.969			258.455			256.674			249.616	
Difference of -2 X Log					39.927***			23.514***			1.781			7.058*	
df					2			1			2			2	
Level 1 intercept variance (SE)		0.152(0.015)			0.141(0.014)			0.125(0.012)			0.124(0.012)			0.121(0.012)	
Level 2 intercept variance (SE)		0.089(0.023)			0.067(0.019)			0.071(0.019)			0.072(0.019)			0.068(0.018)	

Note: ^a Person-Level variables; ^b Day-Level variables

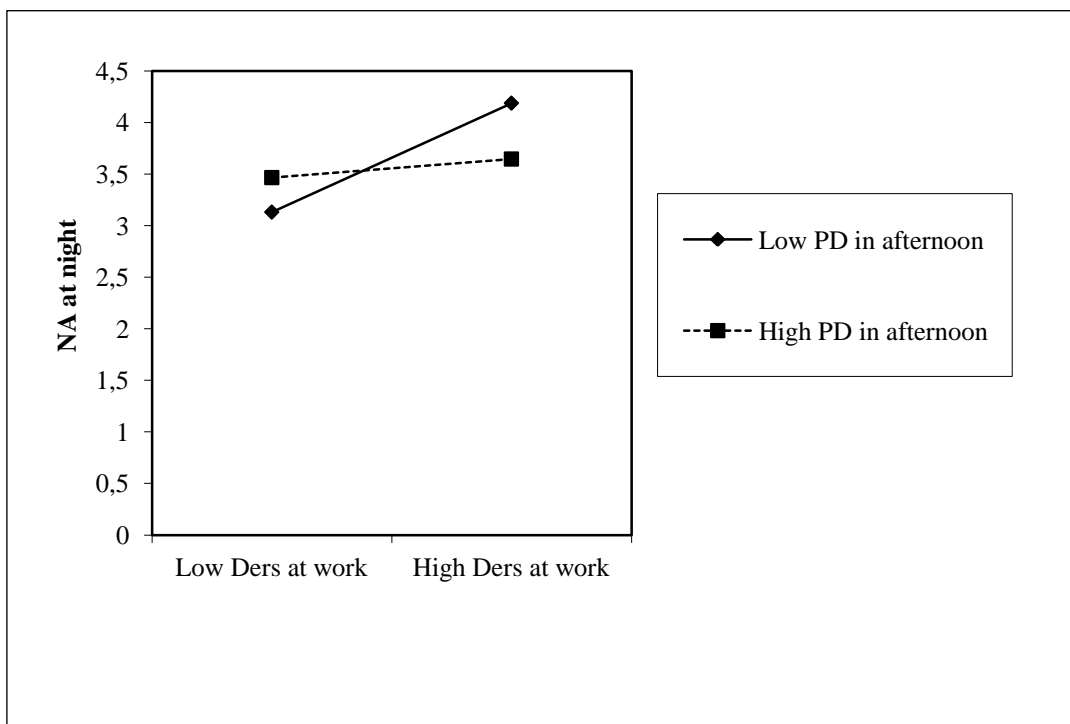
EE=Emotional exhaustion; NA= Negative affect; DER= Difficulties in emotion regulation; CS= Co-worker support; SS= Supervisor support; PD= Psychological detachment.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.



Note: DER= Difficulties in emotional regulation

Figure 3.2. Interaction effects of DER at work and Relaxation at night in predicting Fatigue at night.



Note: NA= negative affect; DER= Difficulties in emotional regulation; PD= Psychological detachment

Figure 3.3. Interaction effects of DER at work and PD at night in predicting NA at night.

3.5. Discussion

The present study investigated the role of daily difficulties in emotion regulation at work on nurse's daily well-being and how certain job resources and recovery experiences after work influence this relationship. On the one hand, we hypothesized that daily difficulties in emotion regulation at work would be significant and positively related to emotional exhaustion at work in the afternoon and to fatigue and negative affect at home at night. On the other hand, we hypothesized that co-worker and supervisor support, as well as psychological detachment and relaxation, would buffer the negative impact of emotion regulation difficulties on these outcomes. The study of these issues within the nursing profession is very relevant because nurses must face high emotional demands at work, and the presence of emotion regulation difficulties among these professionals could increase the negative consequences of working in that emotional labour context.

Overall, results show that nurses who have greater difficulties in emotion regulation at work also have higher levels of emotional exhaustion after work, as well as higher levels of fatigue and negative affect at night at home. Moreover, this negative effect is higher among nurses who have fewer job resources during their workday and insufficient recovery experiences after work.

Results of this study are consistent with current developments in the fields of psychopathology and occupational health psychology, which relate maladaptive patterns of emotion regulation to several indicators of strain and illness, such as anxiety, depression, negative affect and burnout (Aldao et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004; Hülshager et al., 2013). Results are also in line with research stressing the importance of certain abilities and emotional competences in the nursing profession to prevent burnout. According to these studies, when nurses do not pay attention to their emotions, do not understand their emotional states, or have difficulties regulating them to achieve personal and professional goals, they are more likely to experience exhaustion and strain at work (Augusto-Landa et al., 2008, Garrosa et al., 2011; Losa-Iglesias et al., 2010), physical complaints (Augusto-Landa et al., 2008) and negative affect (Cisler et al., 2009).

The relationship between emotion regulation difficulties and emotional exhaustion, fatigue and negative affect among nurses could be explained through the concept of the loss spiral proposed by Hobfoll in the COR theory (Hobfoll & Shirom, 2001). The

presence among nurses of emotion regulation difficulties reflects the loss of a relevant emotional resource to cope with the emotional demands of their job, which can lead to the loss of more energy and well-being resources, causing emotional exhaustion, fatigue and negative affect (Hobfoll & Shirom, 2001; Maslach et al., 2001). For example, according to Maslach and Jackson (1984), emotional exhaustion is characterized by lack of energy, negative emotions, and the perception that one has lost one's emotional resources. In fact, emotional exhaustion has been considered by some authors as a problem for some employees to manage their emotions during the workday, especially within human service professions (Schaufeli & Enzmann, 1998). The results of this study indicate the importance of incorporating training programs in emotion regulation among nursing professionals to provide them with tools to prevent the depletion of their emotional resources and to enable them to better cope with the emotional stressors they face daily.

Results also show that nurses who have emotion regulation difficulties but who perceive support from their colleagues during their workday feel less emotional exhaustion after work than nurses who do not perceive this co-worker support. As in previous research, co-worker support is a significant job resource for nurses when coping with high demands and emotional stressors at work (De Jonge et al., 2008; Peeters & LeBlanc, 2001). If this support is not perceived by nurses in stressful situations, emotional exhaustion and strain are higher (De Jonge et al., 2008). Co-workers can provide emotional and instrumental support to workers with emotion regulation difficulties, which can lead to a decrease in emotional exhaustion (van den Tooren & de Jonge, 2008). For example, according to Maslach (1978), emotional exhaustion is lower in individuals who express and share their personal feelings with their colleagues because this can defuse tension and assist in problem solving. Moreover, according to the COR theory, emotional resource gains (i.e., co-worker support) are more salient in a context of emotional resource loss (i.e., emotion regulation difficulties and emotional exhaustion), helping nurses to restore their energy and well-being reserves (Hobfoll & Shirom, 2001; Peeters & LeBlanc, 2001; van den Tooren & de Jonge, 2008). Note that in Figure 3.1 and 3.2, emotion regulation difficulties positively relate to emotional exhaustion and fatigue in the condition of low co-worker support, but negatively in the case of high co-worker support. That is to say, the effect of co-workers' support goes beyond buffering, which would be in line with Hobfoll (2002), who has argued that resource gain in itself only has a modest effect, but

acquires saliency in the context of resource loss. This implies that co-workers' support gains its positive effect especially when employees are under demanding conditions. However, this study did not find a significant buffering effect of supervisor support in the relationship between emotion regulation difficulties and emotional exhaustion. This could be due to the fact that nurses do not discuss such difficulties with their supervisors or perhaps because nurses and supervisors are not necessarily at the same place during a workday, which reduces the possibility of talking about these personal difficulties. In this regard, the results of this study show that it is also important to provide interpersonal emotional resources for nurses in order to reduce their daily emotional stressors.

Regarding the role of recovery experiences, results confirm that nurses' recovery from emotional efforts made during the workday has a positive effect on their well-being, in line with previous research (Drach-Zahavy & Marzuq, 2013). When there is no recovery, workers are more likely to show higher fatigue and strain (Meijman & Mulder, 1998). On the one hand, nurses with emotion regulation difficulties who had fewer relaxation experiences in the afternoon after work showed higher levels of fatigue at night, compared to nurses who experienced such relaxation. This could be explained by the fact that relaxation reduces prolonged physiological activation produced by work and allows the human body to recover energy and well-being, especially if one has put out too much physical and psychological effort during the workday (Meijman & Mulder, 1998; Sonnentag & Bayer, 2005). When this relaxation does not occur, workers do not have the opportunity to restore their physical and psychological well-being after work, and they are more likely to show higher strain.

In contrast, nurses who had emotion regulation difficulties and had less psychological detachment in the afternoon after work also showed higher levels of negative affect at night. Detaching psychologically from work implies that the nurses do not think about the difficulties of the workday, including emotion regulation difficulties, during their leisure time. This implies the absence of rumination and negative affect in the afternoon (which usually strains the individual's physical and psychological system), which can also offer the opportunity to restore well-being reserves. When this psychological detachment does not occur, workers again do not have the opportunity to restore their individual well-being after work, and are therefore more likely to show higher strain. From this perspective, the results of the study stress the need to promote,

from the organization and among the workers, recovery experiences after the day's work with the aim of reducing the daily emotional stress of these professionals.

Finally, we underline the match between the experience of relaxation and the recovery of the physical aspect of well-being (i.e., recovery from fatigue) on the one hand, and between psychological detachment and the recovery of the psychological and emotional aspects of well-being (i.e., recovery from negative affect), on the other hand. The predominantly physical nature of relaxation and the psychological nature of psychological detachment could explain this match between the recovery experience and its outcomes (De Jonge et al., 2012; van Den Tooren & de Jonge, 2008).

This result also highlights some authors' statements about the construct of regulatory flexibility (Bonanno & Burton, 2013), that is, “the limitations of a categorical perspective on regulatory strategies as consistently health-promoting or health-detracting” (i.e., fallacy of uniform efficacy). In this regard, recent research indicates that the efficacy of emotion regulation strategies can be variable and that a regulatory strategy that proves adaptive in one context can prove maladaptive (or does not have any effect) in a different context. The present study's results show the specificity of effects for particular recovery experiences, effects that are not diminished even on days where emotion dysregulation is high.

In conclusion, the study of daily difficulties to regulate emotions within a nursing context is relevant because the presence of such difficulties can contribute to the emergence of emotional exhaustion, fatigue and negative affect among nurses. However, nurses who have these difficulties but who perceive co-worker support during the workday and who also have opportunities to relax and detach psychologically from work during the afternoon suffer these negative consequences to a lesser extent.

Limitations and future research

The current study has some limitations. Firstly, we assessed all data with self-report measures, which raises concerns about common-method variance. However, the self-report nature of the study is essential, given that appraisals of affective experiences are fundamental. Moreover, by using person-centred scores in the analyses, we eliminated the potential influence of response tendencies stemming from individual differences, and we thereby reduced the problems associated with common-method variance. However, we hypothesized that emotion regulation difficulties at work would be related

to emotional exhaustion in the afternoon after work. Difficulties in emotion regulation at work were measured retrospectively after work, together with emotional exhaustion. In this sense, the relations may be increased by common method variance and by mood-dependent memory, as both were assessed simultaneously. Future research should try to minimize this problem by temporally separating predictor and outcome variables. Secondly, participants of this study were day-shift workers, and well-being and emotion regulation difficulties could vary by different shifts, depending on certain work conditions. Therefore, future studies should try to replicate the results with a representative sample of workers with different shifts. Thirdly, participants in our study were predominantly women, and coping with emotion regulation difficulties and its consequences could vary by gender (Cottingham, 2013). Nevertheless, the overrepresentation of the female gender in nursing is well known. Again, future studies should try to replicate the results with a representative sample of males and females. Finally, we cannot draw conclusions about causal relations between our variables. Experimental studies or intervention studies manipulating emotion regulation, job resources, and recovery experiences are needed to confirm the causal links of the proposed relations.

Future studies should also examine empirically whether emotion regulation difficulties would reduce job resources or recovery experiences, and ultimately, worker well-being (mediation hypothesis). Moreover, it would be interesting to test whether recovery could affect emotion regulation and emotional exhaustion one day later (lagged effects). The negative spiral advanced in the COR could support both mediation models. It would also be interesting to analyse the implications of daily difficulties in emotion regulation and the moderating role of job resources and recovery experiences for job performance. Finally, future research could also examine the role of affective rumination in the recovery process and analyse whether this could impact the positive moderating role of recovery between emotion regulation difficulties and workers' well-being.

Practical implications

Nowadays, it is increasingly clear that the interaction among organisational and personal variables is crucial to explain workers' well-being (Maslach et al., 2001). The presence of emotion regulation difficulties is a phenomenon that can emerge both in

personal and work life (Lawrence et al., 2011). In certain professions or work contexts that do not require high emotional demands, these difficulties may be overlooked. However, in the nursing profession or other health occupations, where workers are exposed to high emotional demands from their patients, families, and co-workers, the presence of these difficulties can greatly affect their well-being and health. For this reason, health organizations, as a part of their organizational culture, must implement policies and actions aimed at recognizing, identifying, normalizing and intervening in this type of emotional difficulties to help these workers turn their work into a source of well-being and satisfaction, reduce their turnover intentions, and improve the healthcare quality they deliver to their patients. On the basis of the results obtained in this study, we can advocate that stabilizing work teams and promoting their cohesion and positive climate can be effective measures to enhance well-being within health organizations. A positive leadership exercised by the supervisors could contribute to this. Also, providing training about emotional competences (e.g., emotional intelligence) or activating self-care programs (e.g., based on recovery experiences) can be useful in this health work context to reduce the physical and emotional load among workers and offer them the opportunity to recover their levels of energy and well-being. For example, organizations could implement plans of work-family balance or promote the reconciliation of the workers' schedules with activities to facilitate their recovery. Programs based on mindfulness and self-compassion aimed at emotional skills development could help workers to reduce their difficulties to deal with their daily emotions. In these programs, workers could learn to be aware of their day-to-day emotions and feelings, adopt a nonjudgmental attitude of acceptance, and learn not to react impulsively to external and internal stimuli (with the help of skills such as emotional observation). The inclusion of these skills in health promotion programs in occupational health services could be very positive.

Chapter 4

Social Job Resources as Sources of Meaningfulness and its Effects on Nurses' Vigor and Emotional Exhaustion: A Cross-Sectional Study among Spanish Nurses

Blanco-Donoso, L.M., Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., de Almeida, E.C., Villela-Bueno, S.M. Social Job Resources as Sources of Meaningfulness and its Effects on Nurses' Vigour and Emotional Exhaustion: A Cross-Sectional Study among Spanish Nurses. *Manuscript submitted for publication (minor revision)*

4.1. Abstract

This study investigates the mediating role of psychological meaningfulness among social job resources (i.e., coworkers and supervisor support), vigor, and emotional exhaustion in a nursing context. In spite of progress in understanding which organizational influence affects nurses' vigor and emotional exhaustion, the psychological mechanisms assumed to underlie the associations have not been fully explored. The sample for this study consisted of 171 nurses from Spanish hospitals (54.4%) and primary care centers (45.6%). The mediation model was tested using the bootstrapping procedure and Baron and Kenny's criteria. Our findings confirmed that psychological meaningfulness fully mediates the impact of social job resources on vigor at work. Moreover, psychological meaningfulness partially mediated the impact of social job resources on emotional exhaustion. Results suggest that psychological meaningfulness plays an important role in the connection between job resources, vigor, and emotional exhaustion. The findings contribute to our understanding of the psychological processes that can explain how job resources contribute to the energetic aspect of burnout and engagement among nurses. Providing nurses with more social job resources, such as coworker and supervisor support, could activate their levels of personal meaningfulness and thus enhance their levels of well-being at work.

Keywords: job resources; coworker support; supervisor support; meaningfulness; vigor; emotional exhaustion.

4.2. Introduction

The continuing nursing shortage is a global challenge and an important current concern for several hospitals and primary health centers around the world (Heinen et al., 2013; MacLean et al., 2014). One of the main causes of this shortage is professional nurses' intention to leave, frequently due to workplace environment and psychosocial factors (e.g., stress, burnout, or job satisfaction) (Carter & Tourangeau, 2012; Heinen et al., 2013). Hence, it is necessary to investigate the factors that significantly predict nurses' well-being and motivation in order to motivate them to remain for long periods within the health organizations, thus reducing the associated costs. Among these factors, nurses' burnout and work engagement play a crucial role because they are associated with their levels of well-being (Kanste, 2011), life satisfaction (Demerouti et al., 2000), intentions to leave their profession (Heinen et al., 2013), and the quality of care (Poghosyan et al., 2010). Given the significance of these outcomes for health organizations, researchers have focused on identifying the antecedents of engagement and burnout in order to guide interventions and managerial practices aimed at improving them. In this study, we will focus on how social job resources can predict the energetic components of burnout and work engagement and we will also analyze the potential role of psychological meaningfulness as mediator of that association.

Emotional exhaustion refers to feelings of being overextended and exhausted by the emotional demands of one's work (Demerouti et al., 2001), whereas vigor alludes to having high energy levels, resilience regarding work activities, investing effort in one's work and persisting in difficult circumstances (Schaufeli et al., 2002). The job demands-resources (JD-R) model (Demerouti et al., 2000, 2001) provides a good framework to illustrate the conditions that influence these variables. Basically, and according to the motivational process of this model, vigor is predicted by job resources (e.g., social support, performance feedback, or opportunities to learn) whereas, in the health impairment process of this model, emotional exhaustion is mainly predicted by job demands (e.g., workload or emotional demands). The direct relationships between job resources and vigor have been consistently reported and shown to hold up across various studies (see meta-analysis; Halbesleben, 2010). For example, Schaufeli and Bakker (2004) found positive associations between feedback, social support, and supervisory coaching and vigor. However, there has been less research on the

association between the lack of resources and emotional exhaustion (Bakker et al., 2004; Schaufeli & Bakker, 2004).

Social support provided by coworkers and supervisors is probably the most extensively studied job resource (Bakker et al., 2004), and there is considerable evidence to suggest that this is linked to emotional exhaustion and vigor among nurses (Jones et al., 2015; Othman & Nasurdin, 2013; Sarti, 2014). This could be because social support at work could help nurses to do their work and cope successfully with work-related stressors. However, job resources such as social support at work are not only necessary to cope with job demands, but they are also relevant in their own right. In this sense, recent research based on the expanded JD-R model indicates that this kind of resources can activate other psychological resources (e.g., self-efficacy or optimism) and impact on employee motivation and well-being (Xanthopoulou et al., 2007, 2009). In other words, these studies show that personal resources can mediate the relationships between job resources, burnout, and work engagement (Huang et al., 2015; Quiñones et al., 2013; Simbula et al., 2011; Vogt et al., 2015). For example, Trépanier et al., (2014) carried out a study with nursing professionals in which they examined job resources contributed not only to work engagement but also to the prevention of burnout via the passion for work. Notwithstanding these studies, most authors acknowledge that the psychological mechanisms assumed to underlie the association between job resources, emotional exhaustion, and engagement have not been fully explored (Albrecht, 2010; Albrecht & Su, 2012; Fernet et al., 2012). Accordingly, the current study aims to deepen our understanding of the psychological processes that can explain how social job resources (i.e., coworkers and supervisors' support) contribute to the energetic aspect of burnout and work engagement among nurses (i.e., their levels of emotional exhaustion and vigor) via psychological meaningfulness.

Social Job Resources and Meaningfulness

Social job resources refer to those aspects of the job such as emotional and instrumental support from supervisors and colleagues that could attain any of the following goals: (a) be functional in achieving work purposes; (b) decrease job demands and the associated physiological and psychological costs; and (c) promote personal growth (Demerouti et al., 2000, 2001). Previous literature shows that these resources promote the workers' growth and learning while fulfilling basic human needs (Deci &

Ryan, 1985; Vogt et al., 2015) like autonomy, competence, relatedness (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Solky, 1996; Van den Broeck et al., 2010). Likewise, social job resources could also satisfy the personal need for meaningfulness (Baumeister & Vohs, 2002; Hackman & Oldham, 1975; Vogt et al., 2015).

Psychological meaningfulness is the motivational component of a broader construct known as sense of coherence (SOC) that is defined as the global feeling of confidence that: (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explainable (*comprehensibility component*); (2) resources are available to meet the demands posed by these stimuli (*manageability component*); and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement (*meaningfulness component*) (Antonovsky, 1987). Specifically, meaningfulness alludes to the extent to which people feel that life make sense emotionally and cognitively (Ryff & Singer, 1998). Accordingly, a higher level of emotional and instrumental support at work could partially contribute to workers' meaningfulness because such support could help to satisfy basic human needs (Albrecht & Su, 2012; Vogt et al., 2015). Previous literature shows that workers feel psychological meaningfulness when their job demands include rewarding interpersonal interactions with coworkers and clients. When employees are treated with respect and dignity and are valued for their contributions, they are likely to experience meaningfulness in their interactions (Kahn, 1990; May, Gilson, & Harter, 2004). Moreover, workers also acquire meaningfulness from the social identities of salient group memberships. Taking into account these arguments, we formulate the following hypotheses:

*H*₁. Coworker support will be significant and positively related to meaningfulness.

*H*₂. Supervisor support will be significant and positively related to meaningfulness.

Meaningfulness, vigor, and emotional exhaustion

As noted above, meaningfulness has a strong motivational component because it expresses the extent to which one has a pervasive, enduring— albeit dynamic— feeling of confidence that life demands are challenges, worthy of investment and commitment (Antonovsky, 1987). Research has shown that meaningfulness and SOC are related both to work engagement and burnout (Fourie et al., 2008; van der Colff & Rothmann, 2009;

Vogt et al., 2015). Nevertheless, few investigations have focused on the specific contribution of psychological meaningfulness to the energetic aspects of burnout and work engagement, even though meaningfulness has always been considered the core component of SOC, and the one that is most related to people's well-being.

The relationship between meaningfulness and vigor at work could be explained by the fact that people with a high degree of meaningfulness in their lives are more likely to define stressors as challenges that are welcomed and considered worthwhile to invest energy (Feldt, 1997). Moreover, as noted by Schaufeli and Bakker (2001), vigor is also characterized by some resilience and the will to invest energy and effort in one's tasks, so vigor could also benefit from high levels of personal meaningfulness (May et al., 2004).

However, when workers lack meaningfulness, they risk suffering from professional burnout (Pines, 1993). According to the existential approach to burnout, the cause of burnout is our need to believe that our lives are meaningful and that what we do is useful and important (Pines 1993). Work becomes a frequently chosen source of meaning for some workers, who work hard because they expect their work to give meaning to their life. When their efforts fail, they suffer burnout, showing that unfulfillment of the need of meaningfulness is linked to emotional exhaustion and vigor. As Van den Broeck, Vansteenkiste, DeWitte, and Lens (2008, p. 289) noted, "basic psychological needs represent an overarching mechanism fueling the employee's motivation and energy and, hence, explaining the emergence of both work engagement and burnout." Taking into account these arguments, we formulate the following hypotheses:

*H*₃. Psychological meaningfulness will be significant and positively related to vigor at work.

*H*₄. Psychological meaningfulness will be significant and negatively related to emotional exhaustion.

The potential mediating role of meaningfulness

For the purposes of this study, we founded our hypotheses on the JD-R model (Bakker & Demerouti, 2007) and on the self-determination theory (Deci & Ryan, 1985), which provide useful frameworks to understand the effects of job resources on vigor and emotional exhaustion via psychological meaningfulness (Vogt et al., 2015).

On the one hand, a core assumption of the JD-R model is that the existence of job resources may promote personal resources that, in turn, may instigate a motivational process leading to vigor and secondarily reducing emotional exhaustion (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007, 2009). That is, according to the motivational process of this model, in addition to a direct effect on vigor and emotional exhaustion, job resources would also have an indirect effect through certain personal resources (see Figure 4.1).

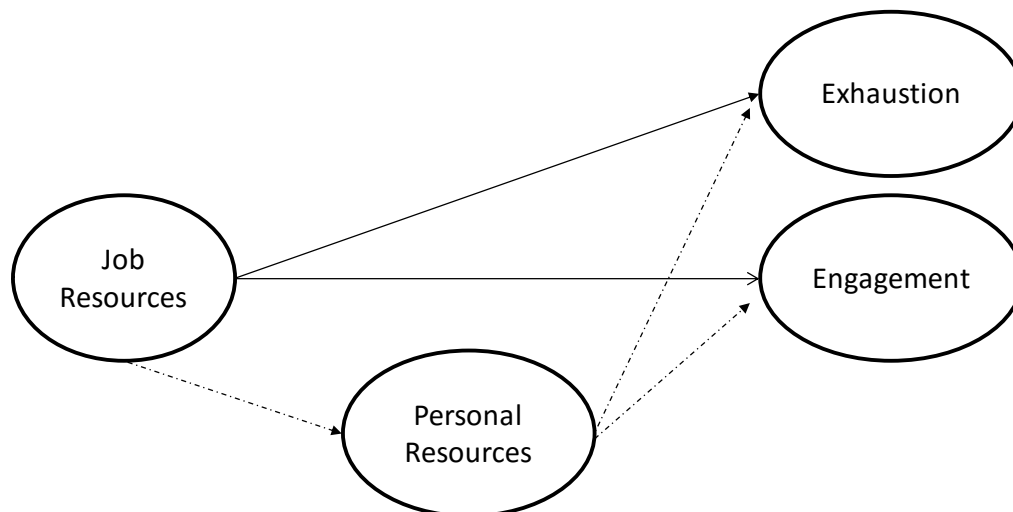


Figure 4.1. The motivational process of the JD-R model. Solid lines indicate direct effects. Dotted lines indicate mediating effects.

Personal resources are defined as the aspects of the self that are linked to resiliency and individuals' sense of their ability to successfully control and influence the environment (Hobfoll & Shirom 2000). Traditionally, the role of personal resources like self-efficacy, optimism, or organization-based self-esteem has been explored in the motivational process of the JD-R model (Xanthopoulou et al., 2007, 2009). Recent research has also explored the role of variables such as psychological empowerment, SOC, passion for work or optimism in this model (Huang et al., 2015; Quiñones et al., 2013; Trépanier et al., 2014; Vogt et al., 2015). Building upon the JD-R theoretical framework, we consider that psychological meaningfulness would be a good candidate for its integration into this model (see figure 4.2) because meaningfulness is an aspect of the self that is linked to resiliency (Vogt et al., 2015). As noted by Khan (1990), feeling valued, mutual respect, appreciation, and feedback on performance are important conditions for meaningfulness, and the experience of meaningfulness, in turn,

influences employee engagement (or disengagement) at work. In prior literature, only one study with Chinese workers has examined the potential mediating effect of the need for meaningfulness on the relationships between job resources (i.e., autonomy, performance feedback, coworker support) and engagement (Albrecht & Su, 2012). Unexpectedly, no association was found between colleague support and engagement via meaningfulness, and the authors concluded that it could be due to the fact that, in a collectivist culture like the Chinese one, where hierarchy is strongly emphasized, individual employees may consider their work as more meaningful when they receive support from their superiors, as opposed to support from their coworkers. These authors also suggest further examination of other job resources and mediators and their function as antecedents of engagement in different cultures.

On the other hand, the self-determination theory (Deci & Ryan, 1985) could support these associations because the work context involves conditions that may promote or hinder the fulfillment of basic psychological needs, such as psychological meaningfulness. For example, if workers' psychological needs are unmet due to the absence of resourceful conditions, they could either become vulnerable to emotional exhaustion or, in contrast, completely engaged (if workers' psychological needs are met)(Fernet et al., 2012; Van den Broeck et al., 2008). Taking into account these arguments, we formulate the following hypotheses:

H₅. Psychological meaningfulness will significantly mediate the relationship between (5a) coworker and vigor (5b) and coworker and emotional exhaustion.

H₆. Psychological meaningfulness will significantly mediate the relationship between (6a) supervisor support and vigor (6b) and supervisor support and emotional exhaustion.

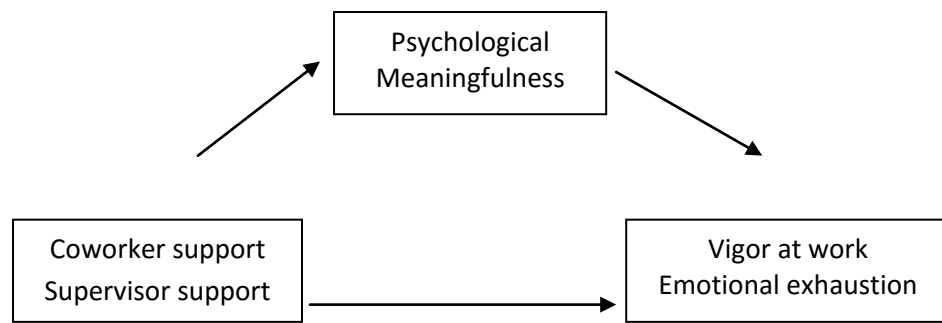


Figure 4.2. The potential mediating role of Psychological Meaningfulness

4.3. Method

Sample and procedure

Nurses from various hospitals and primary care centers in Madrid (Spain) took part in our study. According to official data, in 2014, there were a total of 38.898 active professional nurses in Madrid (CGE, 2014). This is a young population of professionals, where more than 50% are younger than 44 years of age, and most of them are women. The hospital nurses who participated in this study belonged to different care units (i.e., intensive care unit, surgical unit, reanimation unit, cardiology, oncology, and emergencies). Participants were recruited by means of a snowball technique, using the researchers' social networks. As nurses have a high overload of work and are subject to work shifts, it is sometimes difficult for them to commit to research-related activities. The use of this sampling technique gains access to samples that are difficult to reach and allows collecting a sample from a fairly diverse population, as is the case of this investigation in which nurses of different health services participated. In order to increase the response rates, all workers were sent a reminder by email about the importance of completing the questionnaires. Supervisors from different health services also collaborated in promoting participation in the study. Of the 199 surveys distributed, 171 were returned (response rate = 85%; 151 women; 15 men and 5 with missing values) from hospitals (54.4 %) and primary care centers (45.6 %). Participant mean age was 40.73 years ($SD = 10.62$). The mean amount of work per week was 36.71 hours ($SD = 6.25$), the average years of work experience was 18.03 ($SD = 10.45$), and the average years of tenure in their work centers was 8.52 ($SD = 7.80$). Regarding type of

contract, 53.8% had permanent contracts (indefinite), 26.3% had contracts for more than one year, and the rest had a fixed-term contract of less than one year (2.7% missing). Concerning the time that they interacted with their patients, 80% interacted more than 50% of their working day.

Variables

Coworker and Supervisor Support. These were assessed with nine items from the Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1998). Specifically, coworker support was measured with 5 items (e.g., “The people I work with take a personal interest in me”) and supervisor support with 4 items (e.g. “My supervisor is helpful in getting the job done”). Both variables were rated on a 4-point scale ranging from 1 (*strongly disagree*) to 4 (*strongly agree*). In our study, Cronbach's alpha was $\alpha = .85$ for coworker support subscale, and $\alpha = .86$ for the supervisor support subscale.

Meaningfulness. This was measured with The Orientation to Life Questionnaire (OLQ; Antonovsky, 1987). The Meaningfulness subscale is made up of 8 items that participants rate on a 7-point Likert-type scale, ranging from 1 (*never*) to 7 (*frequently, almost always*). Examples of these items are: “Performing my activities is...” 1 = *a source of pain and boredom*, 7 = *a source of satisfaction and pleasure*. In our study, Cronbach's alpha of this subscale was $\alpha = .85$

Emotional Exhaustion. This was measured with four items from the subsdimension of the Nurses' Burnout Syndrome Questionnaire (NBS; Garrosa, et al., 2008). This 4-item scale measures the level of emotional exhaustion related to nursing activity (e.g. “I feel that daily work at hospital is wearing me out”) and is rated on a 6-point Likert-type scale ranging from 1 (*I completely agree*) to 6 (*I completely disagree*). In our study, Cronbach's alpha of this subscale was $\alpha = .86$.

Vigor at work. Vigor was assessed with the subscale from the Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli et al., 2002). This 6-item scale measures the levels of energy and mental resilience while working, willingness to invest effort in one's work, and persistence in the face of difficulties (e.g., “During the task, I felt full of energy”). The scale was scored on a 5-point Likert scale ranging from 0 (*never*) to 6 (*most of the time*). In our study, Cronbach's alpha of this subscale was $\alpha = .85$

Analysis

Data was analyzed using SPSS 22.0 software. A mediation analysis was used to establish whether the associations between job resources (i.e., coworker and supervision support), vigor, and emotional exhaustion were mediated by psychological meaningfulness (Preacher & Hayes, 2004). The procedure used herein relies on a resampling method known as bootstrapping. Bootstrapping is a nonparametric approach to effect-size estimation and hypothesis-testing that is increasingly recommended for mediation analyses (e.g., Preacher & Hayes, 2008). Bootstrapping generates an empirical approximation of the sampling distribution of a statistic by repeated random resampling of the available data, and uses this distribution to calculate *p*-values and construct confidence intervals (1,000 resamples were taken for these analyses). When the value of zero is not found in the 95% confidence interval, it is determined that the indirect effect is significantly different from zero. The bootstrap method is considered a more powerful approach than the four-step multiple regression approach (Baron & Kenny, 1986). Note, however, that in order to maintain congruence with the results of more classical analyses, our description of the results below also includes data showing that all models are in accordance with Baron and Kenny's criteria.

4.4. Results

The correlations among all the scales are shown in Table 4.1. All correlations were in the expected direction. In order to test the possible presence of multicollinearity, we followed the recommendations of Kleinbaum, Kupper, and Mueller (1988). According to these authors, variance inflation factor values greater than 10 and tolerance values smaller than .10 may indicate the presence of multicollinearity. The results showed no violations of the premises underlying the regressions. Nevertheless, in order to avoid multicollinearity problems, the independent variables and the mediator were centered.

Table 4.1. Means(*M*), Standard Deviations (*SD*), Internal Consistencies (Cronbach's α), and Correlations of the Target Variables.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Age	40.7	10.6									
2.Total experience	18.0	10.4	.94**								
3.Tenure	8.5	7.8	.42**	.44**							
4.Hours per week	36.7	6.2	-.08	-.11	.11						
5.Coworker support	3.0	.49	-.13	-.15*	-.12	-.02	(.85)				
6.Supervisor Support	2.8	.64	-.05	-.02	-.12	-.15*	.38**	(.86)			
7.Meaningfulness	5.6	.89	-.14	-.11	-.00	.02	.23**	.16*	(.85)		
8.Vigour	4.2	.87	.04	.06	.06	.05	.16*	.18*	.344**	(.85)	
9.Emotional Exhaustion	2.3	.70	-.20**	-.23**	-.03	.08	-.22**	-.36**	-.29**	-.45**	(.86)

Note: Cronbach's alpha (α) on the diagonal;

* $p < .05$. ** $p < .01$.

As seen in Tables 4.2 and 4.3, coworker and supervisor support contributed to the explained variance in vigor at work ($\Delta R^2 = .026$, $p < .05$ and $\Delta R^2 = .034$, $p < .05$, respectively) and in emotional exhaustion ($\Delta R^2 = .048$, $p < .01$ and $\Delta R^2 = .130$, $p < .001$, respectively). Moreover, in the case of vigor, after controlling for coworker support, meaningfulness added 10.1% of explained variance ($p < .001$), and after controlling for supervisor support, meaningfulness added 9.7% ($p < .001$). In the case of emotional exhaustion, after controlling for coworker support, meaningfulness added 6.5% of explained variance ($p < .001$), and after controlling for supervisor support, meaningfulness added 5.4% ($p < .001$).

Using Baron and Kenny's (1986) criteria to detect mediated effects, four conditions must be met for a variable to act as a mediator in the relation between another two variables. Firstly, the independent variable should be related to the dependent variable. In the case of coworker support, this condition was met for vigor ($\beta = .163$, $p < .01$) and emotional exhaustion ($\beta = -.220$, $p < .01$), as was the case of supervisor support for vigor ($\beta = .185$, $p < .01$) and emotional exhaustion ($\beta = -.361$, $p < .001$). Secondly, the independent variable must be related to the potential mediator. In this case, the relations between coworker support and meaningfulness and between supervisor support and meaningfulness were significant ($\beta = .232$, $p < .01$ and $\beta = .160$, $p < .05$, respectively)

in line with Hypotheses 1 and 2. Thirdly, the mediating variable must be significantly related to the dependent variable when both the independent variable and the mediating variable are predictors of the dependent variable.

Table 4.2. *Regression and Bootstrap Results for Vigour as Dependent Variable*

	Regression				Bootstrap			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	Indirect effect	<i>SE</i>	Lower	Upper
Vigour (DV)								
Step 1			.021	.026*				
	Coworker support	.163**	.133					
Step 2			.117	.101***				
	Coworker support	.087	.130					
	Meaningfulness	.327***	.072		.069	.042	.005	.197
Step 1			.028	.034*				
	Supervisor support	.185*	.103					
Step 2			.121	.097***				
	Supervisor support	.134	.099					
	Meaningfulness	.316***	.071		.037	.027	.002	.121

Note: CI = Confidence Intervals.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

In the case of coworker support, meaningfulness was significantly related to vigor and emotional exhaustion when both the independent variable and the mediating variable were entered in the analysis ($\beta = .327$, $p < .001$ and $\beta = -.262$, $p < .001$, respectively) in line with Hypotheses 3 and 4. This was also the case for supervisor support ($\beta = .316$, $p < .001$ and $\beta = -.236$, $p < .001$, for vigor and emotional exhaustion, respectively). These results also were in line with Hypotheses 3 and 4. Finally, the coefficient relating the independent variable to the dependent variable must be larger in the regression model with both the independent variable and the mediating variable predicting the dependent variable (in contrast to the coefficient relating the independent variable to the dependent variable without the mediator). As shown in Tables 4.2 and

4.3 (Step 2), in the regression equation, coworker and supervisor support totally lost their effects on vigor ($\beta = .163 > .087$ and $\beta = .185 > .134$, respectively) and partially on emotional exhaustion ($\beta = -.220 > -.159$ and $\beta = -.361 > -.323$, respectively). Using the bootstrap method to detect mediated effects, we can also see in Table 4.2 that psychological meaningfulness had significant indirect effects on the relationships between coworker support and vigor (bootstrap mean = 0.069, 95% CI [.005, .197] and between supervisor support and vigor (bootstrap mean = 0.037, 95% CI [.002, .121], in line with Hypotheses 5a and 6a. In Table 4.3, the indirect effect of psychological meaningfulness on the relationships between coworker support and emotional exhaustion [bootstrap mean = -0.73, 95% CI [-.178, -.130]] and between supervisor support and emotional exhaustion [bootstrap mean = -0.39, 95% CI [-.102, -.003] are also shown, in line with Hypotheses 5b and 6b.

Table 4.3. *Regression and Bootstrap Results for Emotional Exhaustion as Dependent Variable*

	Regression				Bootstrap			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	Indirect effect	<i>SE</i>	Lower	Upper
Emotional Exhaustion (DV)								
Step 1			.043	.048**				
Coworker support	-.220**	.106						
Step 2			.113	.065***				
Coworker support	-.159*	.106						
Meaningfulness	-.262***	.059			-0.73	.040	-.178	-.013
Step 1			.125	.130***				
Supervisor support	-.361***	.078						
Step 2			.175	.054***				
Supervisor support	-.323***	.077						
Meaningfulness	-.236***	.055			-0.39	.024	-.102	-.003

Note: CI = Confidence Intervals.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

4.5. Discussion

In this study, we determined whether coworker and supervisor support are related to the levels of nurses' vigor and emotional exhaustion through the indirect effect of psychological meaningfulness. The study is an innovative approach to the psychological processes that may explain why social job resources contribute to the energetic aspect of burnout and engagement among nurses. These aspects contribute a new line of work focused on the in-depth study of the mechanisms that intervene in the development of healthy workplaces that can create settings with valuable opportunities to enhance employees' strengths, motivation, and well-being (Nilsson, Andersson, Ejlertsson, & Troein, 2012; Trépanier et al., 2014; Vogt et al., 2015).

Overall, results show that nurses who perceived greater coworker and supervisor support also have higher levels of vigor at work, as well as lower levels of emotional exhaustion, in line with recent research (Jones et al., 2015; Othman & Nasurdin, 2013; Sarti, 2014). Moreover, these associations were totally explained via the indirect effect of psychological meaningfulness in the case of vigor at work, and partially explained in the case of emotional exhaustion. This means that nurses who perceive support from their colleagues and supervisors feel more motivated, energized, and less exhausted at work due to the fact that social support can increase their levels of psychological meaningfulness.

Specifically, the direct positive effect of coworker and supervisor support on nurses' vigor and emotional exhaustion could be explained by the fact that social support is functional in achieving work goals, decreasing job demands, and promoting psychological growth (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2000, 2001). Moreover, the fact that professionals feel that the people with whom they work like to work in teams, are concerned for the well-being of the rest of the members, and that the work gets done can increase their levels of job well-being because the perception of support at work is closely linked to job satisfaction. Therefore, the results are congruent with the motivational hypothesis of the JD-R model that argues that job resources are related to vigor and dedication at work and, to a lesser degree, to low levels of emotional exhaustion. However, an interesting and unexpected result emerged in our research: social job resources had a stronger direct effect to explain nurses' emotional exhaustion than their levels of vigor. Even though job resources have traditionally shown a higher degree of association with levels of vigor (Halbesleben, 2010), these

results are not inconsistent with the literature and are added to the body of previous research that notes how job resources also prevent emotional exhaustion because they can also reduce job demands and activate personal resources (Bakker et al., 2004; Schaufeli & Bakker, 2004).

On another hand, our results showed that a higher level of emotional and instrumental support from colleagues and supervisors could contribute to workers' feeling that their lives make sense emotionally and cognitively because such support at work can contribute to satisfying a basic human need (Kahn, 1990; Ryan & Solky, 1996; Van den Broek et al., 2010). In this sense, our results are in accordance with the self-determination theory (Deci & Ryan, 1985) in which the work context involves conditions that may promote or hinder the fulfillment of basic psychological needs, such as meaningfulness (Baumeister & Vohs, 2002). Moreover, these results are also consistent with the motivational process of the JD-R model that establishes how job resources can activate personal resources related to resilience (Demerouti et al., 2001; Vogt et al., 2015).

This study also reveals that psychological meaningfulness is an important variable to explain nurses' vigor and emotional exhaustion. This relationship could be explained by the fact that people with a high degree of meaningfulness in their lives feel that demands and difficult life situations are worth investing energy in and are worth engaging with and committing to (Feldt, 1997). That is to say, they usually define stressors as challenges that are welcomed. In this regard, meaningfulness provides one's actions with meaning and energy, and this could promote the appearance and enhancement of workers' vigor (May et al., 2004). However, when workers lack personal meaningfulness and other basic needs, they risk suffering from professional burnout (Pines, 1993; Van den Broeck et al., 2010). In this sense, we are building on this theoretical framework by showing how psychological meaningfulness can act as a personal resource that enhances vigor and emotional exhaustion among nurses (Fourie et al., 2008; van der Colff & Rothmann, 2009; Vogt et al., 2015; Xanthopoulou et al., 2007).

Finally, our results showed that, besides a direct effect on nurses' vigor and emotional exhaustion, coworker and supervisor support also had an indirect effect through psychological meaningfulness. This indirect effect is also in line with one of the core assumptions of the JD-R model, in which job resources could promote personal resources, which, in turn, could instigate a motivational process leading to vigor and

secondarily to reducing emotional exhaustion (Bakker & Demerouti, 2007; Vogt et al., 2015; Xanthopoulou et al., 2007, 2009). This could be explained because feeling accepted, cared for, respected and valued from colleagues and supervisors are important conditions for meaningfulness and the experience of meaningfulness, in turn, could influence employee engagement or disengagement at work.

Limitations and Future Research

The present study has some shortcomings. Firstly, it is a cross-sectional study, which precludes the establishment of causal relations. We recommend future research to examine the causality of such relationships in more detail in order to reach more reliable and firm conclusions. For example, our results will need to be tested by experimental research or longitudinal studies. Secondly, we measured all data with self-report measures, which raises concerns about common-method variance. However, the self-report nature of the study is essential, given that appraisals of affective experiences are central. Thirdly, another limitation of this study is the sampling strategy (snowball technique), which may limit the generalizability of our results. Nevertheless, the overall results are promising and, due to the variety of health services examined in this study, we consider that it has good external validity. Participants in our study were predominantly female and they perceived that social resources and their consequences could vary by gender. However, the overrepresentation of the female gender in nursing is well known. Future studies should try to replicate the results with a representative sample of males and females and using other occupational samples. Moreover, future studies should also empirically examine whether the other dimensions of the SOC (i.e., comprehensibility and manageability) could also be mediators between social job resources, vigor, and emotional exhaustion. Similarly, future studies should examine whether the other dimensions of work engagement (i.e., dedication and absorption) or burnout (cynicism and low efficacy) could be predicted by social job resources through psychological meaningfulness.

Conclusion and Practical implications

Nowadays, it is increasingly clear that the interaction among organizational and personal variables is crucial to explain workers' well-being. This study shows how the support perceived by nurses from their coworkers and supervisors is essential to

increase their levels of energy and motivation. Furthermore, it is once again confirmed that the organization's resources can activate and promote personal resources, allowing the job to become a source of personal growth and development for the nurses. Our study revealed that nurses who perceived support from their coworkers and supervisors felt more motivated, energized, and less exhausted, due to the fact that social support at work increased their levels of psychological meaningfulness. In a profession such as nursing, where social relations are abundant, it is very relevant to perceive social support from coworkers and supervisors, as well as to create meaning from that social support. Moreover, in a Mediterranean culture like the one where this study was carried out, social relationships are deeply valued and, accordingly, positive appraisal of the support given by coworkers and supervisors may be decisive to workers' job satisfaction and to their high motivation. These cultural differences must be taken into account when planning organizational policies, as it has been observed that not every resource is equally considered in different cultures (Albrecht & Su, 2012). As effective measures for the promotion of social support at work, healthcare organizations and supervisors should implement programs aimed at improving group cohesion among the members of the nursing teams; improving communication among members and the different hierarchies; and reinforcing social bonds so that they are more stable and lasting, as well as perceived as more satisfactory. This study shows that these measures, in addition to enhancing nurses' well-being, could increase their resilience and motivation to keep on investing their energy in the things they value, among them, their work. In the long term, we believe that reinforcing the personal and job resources of nursing teams would have a strong impact on retaining these professionals within the healthcare organization, as well as on the quality of the service delivered to users. Nevertheless, it is necessary to analyze these relationships in further research.

Chapter 5

Effectiveness of a Brief ACT-Mindfulness Intervention to Enhance Nurses' Well-being within Hospital Context: A Randomized Controlled Pilot Trial.

This chapter is largely based on:

Blanco-Donoso, L.M., Garrosa, E., García-Rubio, C., Moreno-Jiménez, B., De la Pinta, M.L.R., Moraleda, S. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness to Enhance Nurses' Well-being: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Manuscript submitted for publication (under review)*.

5.1. Abstract

Objective: The aim of this pilot study was to evaluate the effectiveness of a brief psychological intervention based on the Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness to enhance nurses' levels of well-being. **Methods:** Participant belonged to a large Spanish hospital. They were completely randomized in two groups: experimental group ($n=19$) and wait-list group ($n=19$). The latter received the intervention immediately after the experimental group. **Results:** Between-group comparison showed that the intervention had significant benefits in terms of vitality and purpose of life among participants when compared with controls. Intra-group comparisons also showed significant benefits on nurses' psychological flexibility and negative affect when both groups received the intervention. The intervention also significantly changed nurses' vitality at follow-up. **Conclusion:** The results of the pilot study show that a brief psychological intervention based on ACT and Mindfulness offers an opportunity for nurses to improve their personal well-being.

Keywords: acceptance and commitment therapy; mindfulness at work; nursing; vitality; well-being.

5.2. Introduction

Nurses have to face high emotional demands in their daily work duties, especially within medical units such as emergency or intensive care (McVicar, 2003). Chronic exposure to these demands can reduce their energy reserves and well-being, multiplying the possibilities of suffering a greater deal of job strain, fatigue and emotional exhaustion (Mark & Smith 2012). The presence of such problems has in turn serious implications upon these workers' health and well-being. As a consequence, several studies have attempted to assess the effectiveness of interventions aimed at the promotion of health and well-being within this professional group (Mimura & Griffiths, 2003). However, despite the existence of these interventions, literature on the promotion of well-being through psychological interventions within nursing groups is still limited and most of it focuses on the reduction of work-distress indicators, neglecting to include personal positive variables as indicators of efficacy (Mimura & Griffiths, 2003). In addition to that, many of those studies do not present sufficient methodological guaranties, the most common being the lack of participant randomization and the absence of information on the effect size. Therefore, the purpose of this pilot study is to analyze the effectiveness of an innovative brief psychological intervention based on the Acceptance and Commitment Therapy aimed at improving the well-being of a sample of professional nurses from three medical units characterized by high work demands.

Acceptance and Commitment Therapy at work settings

During the last decade, a new generation of cognitive-behavioral interventions represented by therapies which emphasize the role of psychological acceptance have appeared. One of those therapies, and probably the most representative, is the Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999). A great number of studies have shown that ACT is an effective treatment for a broad range of psychological disorders, such as anxiety and depression, health problems, and for coping with stress and work-related distress (Ruiz, 2012).

The main aim in ACT is to promote *psychological flexibility*, defined as the ability to be in contact with the negative private experiences (i.e.: unpleasant memories, thoughts, emotions, sensations) that surface in the present moment, without needing to avoid and/or escape from them and to adjust one's behavior according to what the situation requires in order to pursue valued ends (Hayes et al., 1999). ACT is based on

the ideas that (a) promoting psychological acceptance of these internal experiences, (b) enhancing a mindful awareness of them and (c) achieving greater value-based actions, could help to promote less interference from these negative psychological experiences on personal and work-related functioning.

An important component of ACT is the work with mindfulness. Mindfulness is defined as “*a state of consciousness characterized by receptive attention to and awareness of present events and experiences, without evaluation, judgment and cognitive filters*” (Glomb et al., 2011, p. 119). Training mindfulness allows improving mnemonic and attention capacities, emotional regulation, coping and self-regulation (Glomb et al., 2011). Moreover, mindfulness helps individuals who practice it getting in touch with their own needs and values. For example, according to Shapiro et al. (2006), the detached observation developed in mindfulness training allows greater recognition of what is valued, and increased likelihood that individuals will choose behaviors in alignment with those values (Carmody, Baer, Lykins, & Olendzky, 2009). As a result, it has been observed how mindfulness can reduce depressive symptomatology, sustained concern, negative emotions, as well as increase the level of vitality, purpose of life and psychological well-being (Chiesa & Serreti, 2009; Pearson, Brown, Bravo, & Witkiewitz, 2015).

Within an organizational environment, it has been noted that promoting the workers' psychological flexibility can expand their emotional resources (Atkins & Parker, 2012). Particularly, within the healthcare working environment, we find that this kind of therapeutic approach reduce the level of stress, anxiety and exhaustion among workers (Martín-Asuero & García-Banda, 2010; Shapiro et al., 2005). Similar results have been noted among nursing professionals (Mackenzie et al., 2006; Smith, 2014). For example, Frisvold et al., (2012) describe how an 8-week mindfulness program can enhance the nurses' tolerance to stress and increase their feeling of having more control over their life.

Taken into account all these arguments, we think that studying and working on psychological acceptance, mindfulness and actions focused on personal values in an integrated fashion can promote the psychological flexibility of the workers and may become extremely positive in an area such as the workplace (Klatt, Buckworth, & Malarkey, 2009; McCracken & Yang, 2008). However, this kind of interventions has been seldom explored upon nursing professionals hitherto.

Aims and Hypothesis

The aim of this pilot study is to expand the research that illustrates the value of brief interventions based on ACT and Mindfulness (Brinkborg et al., 2011; Dahl et al., 2004; Flaxman & Bond, 2010a; Hill, Vernig, Lee, Brown, & Orsillo, 2011; Klatt et al., 2009; Vilardaga et al., 2011) in the context of a healthcare working environment. Particularly, we wish to evaluate its effectiveness for the enhancement of positive and negative indicators regarding personal and occupational well-being among nursing professionals (Ando et al., 2011; Pipe et al., 2009; Poulin et al., 2008). Given the high emotional demands existing within this professional area and the significant risk of suffering occupational stress, we consider that a psychological intervention aimed at expanding tolerance to psychological distress and acceptance, as well as at clarifying and implementing actions consistent with their personal values (psychological flexibility), could boost the level of well-being of these workers. In addition to this, mindfulness training is a powerful tool to improve self-regulation of the individuals who practice it, since it allows them to focus their attention on the present moment, which could facilitate a more efficient partitioning of the available attention and energy (Chambers, Lo, & Allen, 2008; Scheick, 2011), a rise in vigor and dedication to work-related tasks, apart from increasing their level of personal well-being (Delgado et al., 2010; Leroy et al., 2013; Pearson et al., 2014). Therefore, on the one hand, it is hypothesized that the Brief ACT-Mindfulness intervention will lead to significant improvements in nurses' vitality, vigor at work, purpose of life, positive affect, mindfulness and psychological flexibility. On the other hand, it is hypothesized that the intervention will lead to significant depletion in nurses' occupational fatigue, emotional exhaustion and negative affect levels.

5.3. Method

Design

This study used a randomized controlled study design that implemented a 2 x 2 study design (two groups x two times), yielding a between-group comparison condition. Participants were randomly assigned to experimental group (EG) or wait-list control group (WLCG) and completed baseline assessments before being informed of their affiliation with a certain group. EG participants were assessed at pre-intervention (time 1), post-intervention (time 2), and at a 3-month follow-up (time 3).

Table 5.1. *Baseline demographic and professional characteristics for EG and WLCG*

Variable	EG			WLCG			Statistic	p
	%	M	SD	%	M	SD		
Age		35.95	8.53		33.23	6.12	Z = -.967 ^a	.33
Gender							$\chi^2 = .001^b$.97
<i>Female</i>	17	85%		22	84.6%			
<i>Male</i>	3	15%		4	15.4%			
Relationships							$\chi^2 = .494^b$.48
<i>With a partner</i>	15	75%		17	65.4%			
<i>Without a partner</i>	5	25%		9	34.6%			
Medical Units							$\chi^2 = .283^b$.86
<i>Surgical Intensive Care Unit</i>	6	30%		6	23.1%			
<i>Medical Intensive Care Unit</i>	5	25%		7	26.9%			
<i>Emergencies Unit</i>	9	45%		13	50%			
Work Shifts							$\chi^2 = .180^b$.91
<i>Morning shift</i>		25%		5	20%			
<i>Afternoon shift</i>	2	10%		3	12%			
<i>Rotation shift</i>	13	65%		17	68%			
Type of contracts							$\chi^2 = 9.16^b$.01*
<i>Permanent</i>	7	35%		8	30.8%			
<i>Contracted</i>	13	65%		9	34.6%			
<i>Eventual contract</i>				9	34.6%			
Work hours per week		36.55	4.30		38.76	7.03	Z = -.276 ^a	.78
Tenure in Hospital		8.84	7.08		6.33	3.33	Z = -.604 ^a	.54
Tenure at nursing profession		12.65	7.15		10.73	5.61	Z = -.969 ^a	.33

Note: a U Mann-Whitney b Chi-squared test. * p < .05.

EG= Experimental Group; WLCG= Wait-List Control Group

N = 46

Wait-list participants were assessed at the same three-time period, and received the brief ACT-mindfulness program immediately after its completion by the EG (i.e., between time 2 and time 3).

Participants

Participants were nurses from a large university hospital in Spain. A total of 164 nurses belonging to the Surgical Intensive Care Unit (SICU), the Medical Intensive Care Unit (MICU) and the Emergencies Unit (EU) were randomly allocated to EG or

WLCG (*see procedure*). Inclusion criteria included: (a) to give their express consent to be part of the study and (b) that the workers' holiday period did not overlap with the scheduled dates for the intervention sessions. There were no exclusion criteria that prevented their participation in the study different from not meeting the established inclusion criteria. In table 5.1 the socio-demographic and professional characteristics of the randomly selected sample ($n = 46$) are shown. Chi-squared tests and Mann-Whitney U test were used to compare the baseline characteristics of EG vs. WLCG participants. There were no significant differences in any variables between the groups at the beginning of the treatment, except in the case of the type of contract (see table 5.1).

Measures

Socio-demographics. On a socio-demographic and professional data sheet the following was recorded: individual's gender, age, if they had any kind of long-term relationship with another person, their tenure in that hospital and the average tenure of their career, the medical unit where they carried out their duties, their contract type, their working shift and the total amount of hours a week they worked.

Psychological flexibility. Psychological flexibility was measured with the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011). The AAQ-II is a 7-item measure of experiential avoidance or acceptance, depending on the direction in which the scores are interpreted. High scores on this scale indicate high levels of experiential avoidance. The items generally tap into the respondents' willingness to remain in contact with private experiences such as bodily sensations, emotions, thoughts, memories (e.g. "It's OK if I remember something unpleasant"). Each item is scored on a scale ranging from 1 (*never true*) to 7 (*always true*). The reliability and validity of the scale are well established (Bond et al., 2011).

Mindfulness. Mindfulness was measured with the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003). The MAAS is a 15-item instrument assessing the frequency with which an individual is openly attentive to, and aware of, present events and experiences. The scale assesses mindfulness of both internal states (e.g., emotions) and overt behavior (e.g., attention to tasks, social interactions, etc.). The item content was designed to reflect the opposite of the construct of mindfulness (e.g. "I could be experiencing some emotion and not be conscious of it until some time later" and "It seems I'm 'running on automatic' without much awareness of what I'm doing"). Each

item is rated on a scale ranging from 1 (*almost always*) to 6 (*almost never*) in relation to the respondents' everyday experience. The items are summed to form the total score. The reliability and validity of the scale are well established (Brown & Ryan, 2003).

Occupational Fatigue. Occupational fatigue was measured with the Swedish Occupational Fatigue Inventory (SOFI; Ahsberg et al., 1997). SOFI is a tool consisting of 15 expressions referring to physiological, cognitive, motor and emotional responses that evaluate five dimensions of fatigue: lack of energy, physical tiredness, physical discomfort, motivational deficit and drowsiness. The subject must answer to what extent those expressions describe how they usually feel at the end of their working day, using an 11-point scale where 0 is "*nothing at all*" and 10 "*to a high degree*". The reliability and validity of the scale are well established (Ahsberg et al., 1997).

Vitality. Subjective vitality was measured with the Ryan and Frederick's Vitality Scale (Ryan & Frederick, 1997). This scale assessed the degree to which participants felt physically and mentally vigorous and alert in every domain. The measure contains seven items (e.g. "At this moment, I feel alive and vital" or "I feel energized") which participants endorse on a seven-point Likert scale, ranging from 1 = "*not at all*" to 7 = "*very true.*" Of the seven items, one is negatively worded and thus reversed scored. The reliability and validity of the scale are well established (Rodríguez-Carvajal et al., 2010).

Vigor at work. Vigor was measured with the subscale from the Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli et al., 2002). This scale measures with 6 items the levels of energy and mental resilience while working, the willingness to invest effort in one's work, the ability to not be easily fatigued, and the persistence in the face of difficulties (e.g. "During the task, I felt full of energy"). The scale was scored on a five-point Likert scale (0=*never*, 6=*most of the time*). The reliability and validity of the scale are well established (Schaufeli et al., 2002).

Emotional exhaustion at work. The assessment of emotional exhaustion was fulfilled using the subdimension of the [Questionnaire of Burnout Syndrome on Nurses] (NSBQ; Moreno-Jiménez et al., 2000). This 8-item scale measures the level of emotional exhaustion related to the nursing activity (e.g. "I feel that daily work at hospital is wearing me out"). For that purpose, it employs a response format with scorings ranging from 1 (*I completely agree*) to 6 (*I completely disagree*). The reliability and validity of the scale are well established (Garrosa et al., 2008).

Emotional Well-Being. Emotional well-being was measured with the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). This scale has 10 items, on which individuals rate how they habitually feel on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 (*not at all*) to 5 (*extremely*). Examples of positive affect are “interested” and “enthusiastic”, and of negative affect are “jittery” and “upset”. The reliability and validity of the scale are well established (Watson et al., 1988).

Purpose of Life. It was measured with the Purpose of Life scale from the Scales of Psychological Well-being (Ryff, 1989). This subscale consists of 5 items and it assesses how people adhere to valuable goals and objectives, making their life meaningful (e.g. “I know exactly the direction and purpose of my life”). This scale employs a response format with scorings ranging from 1 (*I completely agree*) to 6 (*I completely disagree*). This scale was chosen for this study due to the pertinence of its content in the context of ACT and the work with goals and values, constituting an optimal indicator of the psychological well-being of the individuals. The reliability and validity of the scale are well established (Rodriguez-Carvajal et al., 2010).

Procedure

Once the research approval had been obtained from the University Ethics Committee, the hospital’s Service for Prevention of Workplace Hazards was contacted in order to stage the implementation of the brief psychological intervention and to remain coordinated with the Nursing Management Office. This service provided a list of all the professionals currently working within SICU, MICU and EU ($N = 164$), and immediately afterwards the participants were randomized to each group. Based on clinical criteria, it was established that not more than 25 participants should comprise each group. From the total number of participants, those whose position was a multiple of 5 were selected. If the selected participant did not meet the inclusion criteria, the next multiple of 8 was selected, and so on until the constitution of two groups of 25 participants (EG and WLCG). In parallel with the selection, the supervisors informed their work teams about the development of the intervention for the job stress management, which the selected professionals would attend as part of either group, depending on the previous selection. Two weeks prior to the first intervention, all the participants were called to an informative session about the study, where they also had the chance to fill in the baseline measure for all of the addressed variables. 4

professionals among the 50 who had been called (representing an 8% of the total amount, all of them belonging to the EG) did not attend the meeting, due to a sudden modification on their work shift. Subsequently, a total of two participants in EG (9.5%) and 6 in WLCG (24%) failed to return post-intervention measures. As a result of attrition, the final sample comprised 38 participants for experimental trial: 19 in experimental group and 19 in wait-list group (see figure 5.1). There were no significant differences on pre-measures between participants who completed the randomized study and those who did not, with the exception of the tenure in hospital ($z = -2.36, p = .018$) in the WLCG. More precisely, the nurses who returned their post assessment in T2 had been working in that hospital for less than those who did not fill it in ($X_{EG} = 5.45 < X_{WLCW} = 8.41$). In the case of the follow-up, the loss of subjects ($n = 31$) with respect to the pre-assessment ($n = 46$) was high (67%), something that occurs in other interventions using the format employed in this study (Flaxman & Bond, 2006). Nevertheless, there were no significant differences on pre-measures between participants who completed the follow-up measure and those who did not. Although we have not formally collected data regarding people's reasons for failing to attend the third session, our informal enquiries have revealed a wide range of reasons, including work scheduling, higher work overload, changes of shift, and forgetting to attend. Flaxman and Bond (2006) found that the single most important factor in managing attrition is to have an organizational representative who is able to contact participants with reminders to attend the training. We have to inform that while carrying out our research some changes were introduced within the Nursing Management Office, during the period between the second and the third sessions and, considering these authors' reasons, this fact could contribute to the observed attrition. Despite the fact that the participants were reminded through a text message in the intersessional period, only 15 people attended the third session and completed the follow-up measure.

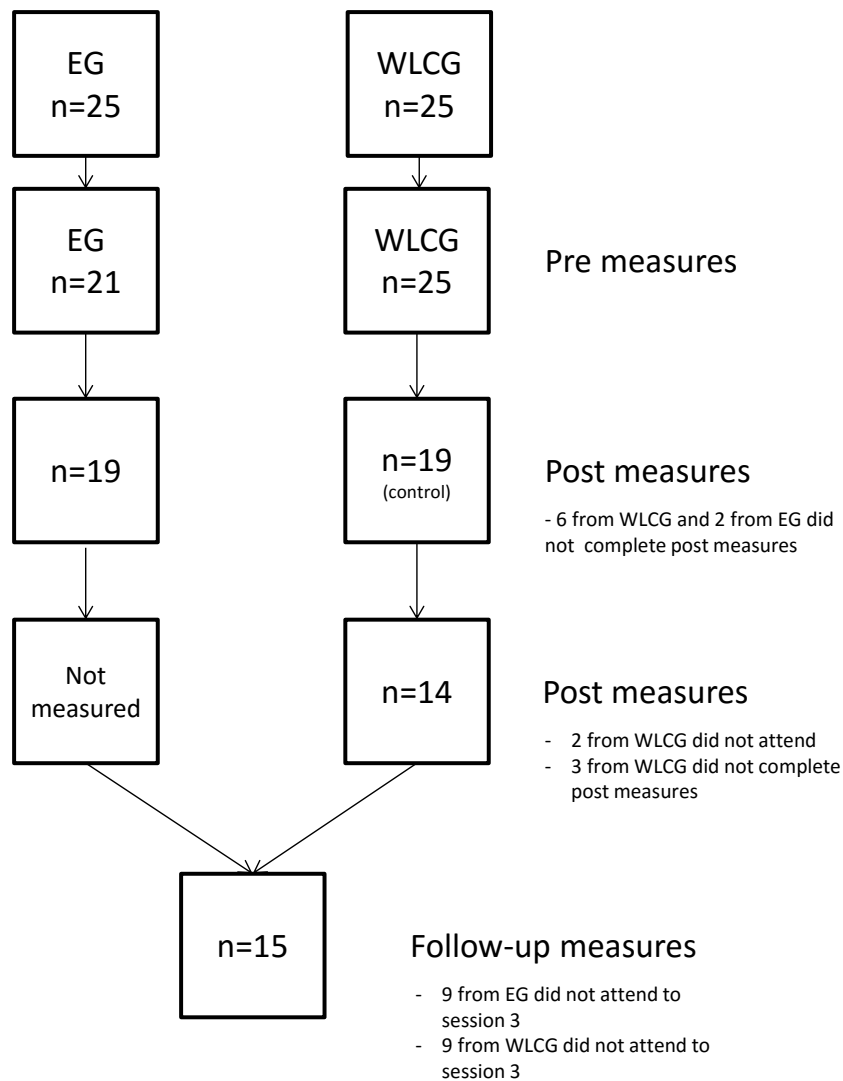


Figure 5.1. Flow of participants through the trial

Intervention

The intervention was delivered to nurses during working hours using a workshop format, which has been recommended as a cost-effective way of brief Cognitive-Behavioral Interventions (Bunce & Bunce, 2000; Flaxman & Bond, 2010a). Particularly, the participants attended two main sessions of the intervention for two consecutive weeks and a third session of reinforcement three months later, which also served for the monitoring of the effects of the previous sessions (Flaxman & Bond, 2010). Each training session lasted for three hours. The intervention was led by two clinical and health psychologists with training and experience in ACT and Mindfulness.

The same instructors led the intervention for the control group as well. The ACT intervention was based on two manuals development for group worksite interventions (Bond & Hayes, 2002; Flaxman & Bond, 2006).

The aims of the intervention were: (a) help people move towards their work and life goals, and (b) teach strategies for dealing with the “psychological barriers” (e.g., fear, anxiety, low self-esteem) that can interfere with effective working and living. To this end, the psychologists made use of paradoxes, metaphors (i.e.: *polygraph metaphor*, *chessboard metaphor* and others) and experimental exercises (i.e.: *observer exercises*; *taking your mind for a walk exercise* and others). Participants also practiced a series of eyes-closed mindfulness exercises (i.e. *body scan*, *deep breathing*, *observing your thoughts and self-compassion practices*) designed to increase present moment awareness, fully engaging in what we are doing rather than “getting lost” in our thoughts, reduce struggle with undesirable thoughts and emotions, and locate a core sense of self that is distinct from negative psychological content. In addition, participants completed values and goals clarification exercises to identify chosen behavioral directions.

Moreover, participants received a CD containing audio-files of the guided meditations and handouts for homework. More precisely, participants are asked to (a) notice, in the week between sessions one and two, how cognitive avoidance, cognitive struggle, and a lack of awareness of what you are thinking (cognitive fusion) promotes stress; and (b) practice mindfulness at least 15 minutes per day during one week. In addition, in this inter-session period participants received daily text messages on their cell phones with mindfulness-related messages.

At the end of the second session, we reminded the participants that the third, and last, session would not take place until three months later, and they were encouraged to use that time to continue developing their mindfulness skills (we provided a CD containing six exercises). They were also strongly encouraged to do a values assessment exercise at home, and, over the next three months, to begin taking steps, however small, that are consistent with their personal goals and values. Participants also received spontaneous text messages on their cell phones with mindfulness-related messages between sessions two and three.

Method of analysis

Firstly, correlation and Cronbach’s alpha were calculated among the study variables. Secondly, in order to examine the effects of group (EG vs. WLCG) on change in each of

the dependent measures, we performed ANCOVA with partial eta squared (η^2) as an indicator of effect size for group by time interaction, where values of .01, .06, and .14 are associated with small, medium and large effects, respectively (Olejnik & Algina, 2000). Specifically, we tested for a group difference on each outcome at post-test after adjusting for the outcome's pre-test score. This procedure is more statistically powerful and parsimonious than a repeated measure ANOVA in randomized studies (Van Breukelen, 2006). Moreover, paired-samples t tests were used to examine pre-intervention and post-intervention changes in the two groups combined and separately (EG and WLCG). Effect sizes of these within-subjects analyses were estimated by *d* (Cohen), for which values of .20, .50, and .80 represent small, medium, and large effects, respectively (Cohen, 1988).

5.4. Method

Correlational analysis and reliability of scales

Bivariate correlations among the study variables and their Cronbach's alphas are reported in Table 5.2. All measures used in the analyses evidenced internal reliability coefficients across all assessment points $\geq .70$. Also, the correlations among the variables were in the expected direction.

Table 5.2. *Bivariate Correlations and Cronbach's alpha (α) at baseline*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Gender		.22	-.01	.03	-.10	.21	-.20	-.06	-.33	.06	-.06
2.Age			.14	.38*	-.12	-.05	-.07	-.02	-.10	-.07	-.15
3.Psychological flexibility			(.91)	.66**	.53**	-.38*	.37*	-.43**	.39*	-.58**	.66**
4.Mindfulness				(.88)	.24	-.35*	.22	-.35*	.16	-.46**	.29
5.Vitality					(.91)	-.45**	.52**	-.33*	.66**	-.36*	.58**
6.Occupational Fatigue						(.87)	-.47**	.53**	-.33*	.32	-.27
7.Vigor at work							(.77)	-.49**	.70**	-.31	.49**
8.Emotional exhaustion								(.84)	-.22	.24	-.14
9.Positive affect									(.70)	-.40*	.53**
10.Negative affect										(.74)	-.21
11.Purpose of life											(.89)

Note: * Significant correlation $p < .05$. ** Significant correlation $p < .01$. $N=46$

For the gender variable, males were coded 1 and females 2; Cronbach's alphas on the diagonal.

Psychological flexibility showed a significant positive correlation with vitality ($r = .53, p < .01$), vigor at work ($r = .37, p < .05$), positive affect ($r = .39, p < .05$) and purpose of life ($r = .66, p < .01$), and a significant negative correlation with occupational fatigue ($r = -.38, p < .05$), emotional exhaustion ($r = .43, p < .01$), and negative affect ($r = .58, p < .01$). A similar correlation pattern emerged for mindfulness in the case of negative outcomes indicators (i.e. fatigue, emotional exhaustion and negative affect). However, mindfulness did not show significant correlations with positive outcome variables (i.e.: vitality, vigor, positive affect and purpose of life). Psychological flexibility and mindfulness showed a significant positive correlation ($r = .66, p < .01$). The correlations among the outcome variables were all significant and in the expected direction.

Intervention results

EG and WLCG did not differ on outcome variables at pre-test (see t student at time 1 in Table 5.3). As it can be seen in Table 5.3, the ANCOVA results indicate that the intervention produced significant improvements in two variables. Specifically, the vitality ($F = 5.12, p < .05, \eta^2 = .128$) and the purpose of life of participants ($F = 4.10, p < .05, \eta^2 = .105$) in the EG improved from pre-test to post-test, such that at Time 2 they had significantly more liveliness and purpose of life than those in the WLCG. This difference was of medium magnitude for both variables (Olejnik & Algina, 2000). There were also significant changes of ample scope in the case of the mindfulness variable ($F = 6.60, p < .01, \eta^2 = .159$), but in a sense that was not unexpected initially. The significant change shown by ANCOVA emerges from a diminution in the levels of mindfulness in WLCG, while they remain unchanged in EG (see figure 5.2). As it can be seen in Table 5.3, the intervention did not produce any significant changes on the rest of variables.

After the randomized trial analyses, paired-samples t tests were used to examine pre-intervention and post-intervention changes in both groups separately, as well as the changes from pre-intervention to 3-month follow-up in the two groups combined (initial EG and the WLCG after they too received the intervention).

Table 5.3. Means, standard deviations, *t* student test (on the Time 1 means) and ANCOVA statistics (on the Time 2 means) for the outcome variables

Variable		Group				<i>t</i> student test on Time 1 means ANCOVA on Time 2 means			
		EG		WLCG					
		M	SD	M	SD	<i>t</i>	<i>F</i> ratio	df	η^2
Vitality	Time 1	4.62	.93	3.34	1.28	-.650	5.12*	1	.128
	Time 2	4.81	.79	4.33	1.28				
Occupational Fatigue	Time 1	5.02	1.42	5.55	2.04	.936	1.50	1	.041
	Time 2	4.85	1.60	5.41	1.76				
Emotional exhaustion	Time 1	2.68	.58	2.88	.77	.883	2.69	1	.071
	Time 2	2.67	.80	2.95	.76				
Vigor	Time 1	4.03	.68	3.95	.88	-.326	.026	1	.001
	Time 2	4.08	.80	4.11	.89				
Purpose of life	Time 1	4.58	.88	4.55	.90	-.112	4.10*	1	.105
	Time 2	4.93	.83	4.54	.97				
Mindfulness	Time 1	4.19	.76	4.12	.65	-.113	6.60**	1	.159
	Time 2	4.17	.78	3.62	.86				
Psychological flexibility	Time 1	5.24	1.12	4.93	1.11	-.844	.022	1	.001
	Time 2	5.53	1.24	5.49	1.28				
Positive affect	Time1	3.67	.37	3.57	.59	-.492	2.29	1	.063
	Time 2	3.76	.66	3.72	.83				
Negative affect	Time 1	2.22	.69	2.22	.69	.000	.000	1	.988
	Time 2	1.86	.75	1.86	.57				

Note: η^2 = partial eta squared;

* $p < .05$. ** $p < .01$.

EG= Experimental Group; WLCG= Wait List Control Group

ANCOVA tests whether the Time 2 EG and WLCG means for a variable are significantly different, after they have been adjusted for their Time 1 means.

Table 5.4 displays the descriptive statistics at pre-intervention and post-intervention for the subsets of participants and test statistics of the pairwise comparisons between pre-intervention and follow-up for the group combined. In dependent samples t tests, the EG showed significant pre-intervention to post-intervention changes on psychological flexibility ($t = -2.14, p < .05, d = .34$), on negative affect ($t = 2.73, p < .01, d = .48$) and on purpose of life ($t = -2.80, p < .01, d = .41$). Effect sizes for psychological flexibility were small and for negative affect and purpose of life were nearly medium. In the case of WLCG, when not receiving the intervention, there was a decrease on mindfulness of medium magnitude ($t = -3.18, p < .01, d = -.68$). When WLCG received the intervention, this showed significant changes on psychological flexibility ($t = -3.03, p < .01, d = .61$) and on negative affect ($t = 3.43, p < .01, d = 1.22$). In the first case, the effect size was of medium magnitude and in the second it was of large magnitude. Finally, dependent samples t tests comparing pre-intervention and follow-up in the combined sample found a significant change only on vitality ($t = -2.91, p < .01, d = .96$). Large effect size was observed in this case.

Course evaluations

The response to the program was truly positive. Table 5.5 shows different satisfaction indicators collected during the monitoring process. The program fulfilled the nurses' expectations and it was considered to be quite helpful. Their level of satisfaction towards the intervention was high, as well as with the therapists that implemented it. Both the theoretical content and the exercises proposed were clear and understood. The lowest level of satisfaction was related to the length of the intervention and with the perception of generalization of the contents to the daily life of the participants. In this regard, the nurses considered that the intervention was short and lasting little time so as to generalize the results.

Table 5.4. Means and paired *t* test at Pre-intervention and Post-intervention for each group and Follow-up for combined Group

Variable	EG		WLCG (as control)				WLCG (with intervention)				Total Group					
	M pre	M post	<i>t</i>	<i>d</i>	M pre	M Post	<i>t</i>	<i>d</i>	M pre	M Post	<i>t</i>	<i>d</i>	M pre	M Follow-up	<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> = 19	<i>n</i> =19			<i>n</i> =19	<i>n</i> =19			<i>n</i> =14	<i>n</i> =14			<i>n</i> =38	<i>n</i> =15		
Psychological flexibility	5.24	5.65	-2.14*	.34	4.93	5.36	-2.04	.35	4.89	5.54	-3.03**	.61	5.27	5.69	-1.76	.61
Mindfulness	4.19	4.20	-.053	.01	4.12	3.60	3.18**	-.68	4.08	3.75	1.88	-.44	4.22	4.00	1.22	-.29
Vitality	4.62	4.90	-1.54	.32	3.34	3.24	.653	-.08	4.28	4.53	-1.00	.21	4.19	4.80	-2.91**	.96
Occupational fatigue	5.02	4.70	.839	-.20	5.55	5.56	-.011	.00	6.00	5.37	1.40	-.39	5.65	5.50	.517	-.12
Vigor at work	4.03	4.11	-.727	.10	3.95	4.08	-.850	.14	3.87	4.06	-1.19	.22	3.97	4.06	-.404	.11
Emotional exhaustion	2.68	2.59	.701	-.12	2.88	3.03	-.150	.19	3.19	3.19	.000	.00	2.75	2.96	-1.55	.44
Positive affect	3.67	3.80	-.981	.25	3.57	3.38	1.03	-.26	3.57	3.82	-1.88	.46	3.45	3.60	-1.06	.38
Negative affect	2.22	1.84	2.73**	-.48	2.22	1.86	1.80	-.57	2.30	1.64	3.43**	-1.22	2.06	1.76	1.67	-.54
Purpose of life	4.58	4.94	-2.80**	.41	4.55	4.53	.138	-.02	3.65	3.72	-.453	.08	4.50	4.80	-1.18	.41

Note: * $p < .05$. ** $p < .01$.

EG= Experimental Group; WLCG= Wait List Control Group

t statistic indicates within-group paired *t* test comparisons.

d indicates effect size (Cohen)

Table 5.5. *Reported evaluation about the intervention by participants*

	M	SD
Usefulness of intervention	7.69	1.30
Clarity of theoretical content	8.19	1.27
Clarity of exercises proposed	8.69	1.01
Global Satisfaction	8	2
Satisfaction with therapist	9.44	0.62
Satisfaction with duration	6.69	1.92
Understanding of content	7.87	1.08
Fulfillment of expectations	7.31	2.08
Generalization on other life domains	5.94	2.48

Note: range of response from 0 to 10

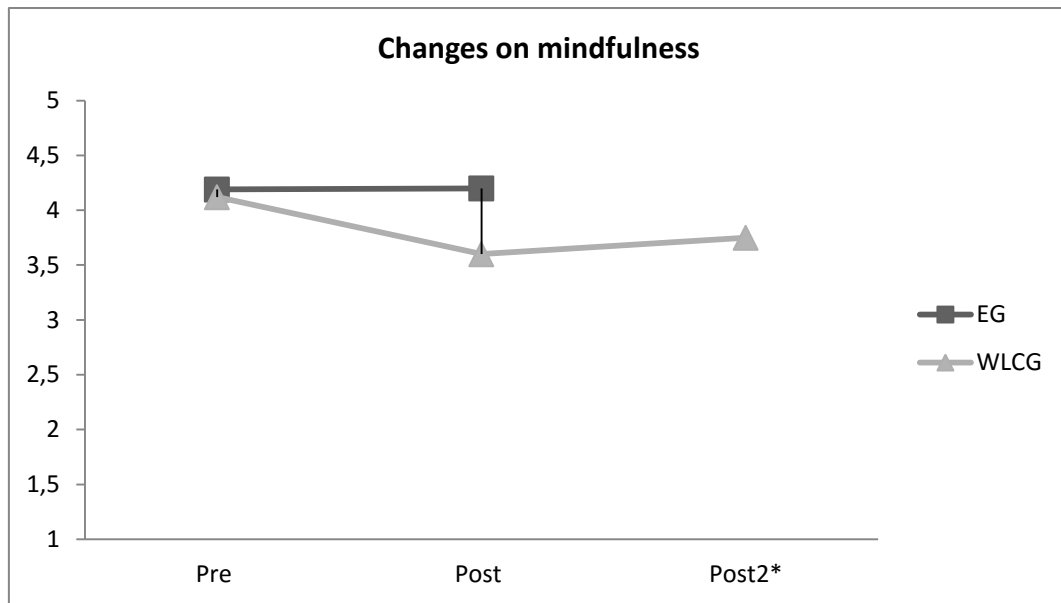
N = 15

As a measure of implementation, the nurses were asked how many days and minutes they had practiced between session one and session two, as well as between sessions two and three (follow-up). As shown in Table 5.6, between sessions one and two, the nurses (EG = 19 participants), did not practice more than four days, holding the practice for more than 30 minutes after starting it up. Between sessions two and three they practiced during an average of 11.21 days, noting that on this occasion existed a substantial decline of the time devoted to practice ($n = 15$). However, we remark a great variability among subjects concerning the mindfulness practice.

Table 5.6. *Days and time of mindfulness practice*

	Group								
	EG			WLCG ^a			Group combined ^b		
	<i>From Time 1 to Time 2 n = 19</i>			<i>From Time 1 to Time 2 n = 14</i>			<i>From Time 2 to Time 3 n = 15</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Total days of practice	3.24	1.20	1-6	3.46	1.50	1-6	11.21	10.80	2-32
Minutes of practice per day	35.0	19.52	10-90	31.69	16.54	10-60	10.27	5.60	1-20

Note: ^a WLCG refers to participants who completed the interventions after the EG; ^b Group combined refers to participants who attended the third session.



Note: *Post 2 refers to WLCG measures after they too received the intervention.

Figure 5.2. Changes on mindfulness through the trial

5.5. Discussion

The aim of this pilot study was to evaluate the effectiveness of a brief psychological intervention based on ACT and Mindfulness to enhance the levels of personal and occupational well-being of nurses from three different medical units, characterized by the presence of high work demands. The results of our study show that a brief intervention based on ACT and Mindfulness offers an opportunity for participant nurses to improve their well-being on their life, according to other studies (Ando et al., 2011; Mackenzie et al., 2006; Poulin et al., 2008).

On the one hand, between-group comparisons showed that the intervention had significant benefits in terms of vitality and purpose of life among participants when compared with controls. In the case of vitality, this result may be explained by the fact that the work from ACT and Mindfulness, on the one hand, enhances the self-regulation mechanisms of the individual and, on the other hand, promotes a more genuine performance by reducing their emotional reactivity, boosting the individuals' vitality and energy (Allen & Kiburz, 2012; Brown & Ryan, 2003, McCracken & Yang, 2008; Ryan & Deci, 2008). Furthermore, some studies reveal that connecting with and accepting the negative emotions entails a reduced loss of vigor resources (Alberts, et al., 2012; Thayer, 1987) and better coping with job stress (Bond & Hayes, 2006), which could have an impact on enhancing their vitality. Regarding the purpose of life, the

intervention could have had a positive impact over this variable, due to the fact that this type of intervention increases the incidence of self-determined behaviors, promotes persistence and effort aiming at personal goals (Glomb et al., 2011), boosts the expectation of accomplishing an objective (Sears & Kraus, 2009) and reduces mental rigidity, fostering the quest of solutions and alternatives when dealing with mental blocks and difficulties (Greenberg, Reiner, & Meiran, 2012). Mindfulness also helps individuals to get in contact with their basic values and needs (Carmody et al., 2009; Deci & Ryan, 1980; Shapiro et al., 2006) and those who identify and understand their goals and values are capable of conducting themselves according to them. Moreover, participants learn through mindfulness to draw their attention to the present moment, which involves neither thinking about the past nor about the future, helping to clarify their goals and increasing the individuals' feeling of liveliness and energy (Pearson et al., 2014).

In the case of Occupational Fatigue and Negative Affect, both were decreased, and Psychological Flexibility and Positive Affect were enhanced. However, the differences between EG and WLCG along these dimensions were not significant. This may be understandable given the small numbers in the study and the likelihood that the study was therefore insufficiently powered. It is especially remarkable the change in mindfulness, which decreased notably in WLCG, while it remained stable in EG between sessions one and two (see Figure 5.2). This result might reflect a difficulty to set attentional capabilities in the WLCG group after a week defined by high levels of stress at the hospital, as we could witness. Although cross-checking is not possible, it might be of interest to appoint that, as other authors have shown with mindfulness-based interventions (Jha et al., 2010; Tang et al., 2007), a brief intervention based on ACT and Mindfulness could constitute an effective strategy or tool to prevent a deficit in attentional capabilities during short intervals of high stress, in contexts of high work demands, by means of a “coping” effect (Glomb et al., 2011; Hülshager et al., 2013; Smith, 2014). Given the existing association between the attentional control deficits and the emotional and cognitive dysregulation (Conway et al. 2005; Siegle, Ghinassi, & Thase, 2007), research targeted in this direction is therefore necessary, since mindfulness training and the ACT tenets might be beneficial as a coping strategy for professions in which intensive periods of physical, cognitive and emotional demands are undergone. On the other hand, the absence of changes within the mindfulness variable in the EG could also result from a lack of sensitivity of the MAAS to gather the

ample variety of contents addressed during the intervention, a fact that has been noted in previous researches (Witek-Janusek et al., 2008). The MAAS would measure exclusively the general perceived inattention rather than other mindfulness attitudes that were indeed specifically addressed during the sessions, such as emotional acceptance, the recognition of feelings or the inexistence of emotional reactivity (Grossman, 2011; Van Dam, Earleywine, & Borders, 2010). Given the absence of significant increases in this variable during the experimental trial (as well as in Psychological Flexibility), its mediating effect could not be established.

On the other hand, intra-group comparison showed that the intervention had significant benefits in terms of psychological flexibility and negative affect when both groups received the intervention. Changes on purpose of life were also noted in the EG, and changes in vitality in the general follow-up. These results are in line with those obtained by other researchers that show that interventions based on ACT and Mindfulness enhance the psychological flexibility and reduce the negative affect of the participants (Bond & Bunce, 2000; Brown & Ryan, 2003; Flaxman & Bond, 2010a, 2010b; Martín-Asuero & García-Banda, 2010). This might be due to the fact that working on aspects such as emotional acceptance together with mindfulness helps to prevent the advent of rejection reactions to the presence of negative emotions or the occurrence of ruminative thinking styles (Broderick, 2005), thus hampering the formation of spirals of negative emotions (Garland et al., 2010). Additionally, increasing the attention and awareness of the physiological responses of the body may prompt the subjects to interpret its messages and to respond accordingly. When individuals become much more aware of this, they are better prepared in order to adjust their level of negative feelings, thoughts and emotions. Simultaneously, this may augment the workers' capability to perform better under stressful circumstances and to deal with multiple demands at the same time (Chambers et al., 2008).

Only the variable "vitality" showed a stable shift throughout the study. It might be due to the reasons exposed above on how this type of interventions improve the workers' vitality and energy. In addition to this, the individuals' vitality is subject to alterations on their physical and psychological condition and it reflects their physical and psychological well-being. This positive mood manifests itself when the person lives without conflict, feels in control and able to accomplish self-determined actions (Ryan & Frederick, 1997). In this regard, the vitality shown by the participants in this follow-up could reflect the attainment by the nurses of a certain personal well-being. Yet it

could also be due to the fact that only the nurses the most motivated and committed with this intervention got to the follow-up. This fact cannot be overlooked, since according to Ryan & Frederick (1997) the conditions leading to high motivation and self-empowerment always go along with high levels of vitality and vigor.

The intervention did not have any effect on the variables referring to occupational well-being (i.e. emotional exhaustion, vigor at work and occupational fatigue). The absence of changes in this sense could be due to the fact that this kind of variables are defined by occupational rather than personal conditions (Maslach, 2003), and our intervention did not include any kind of action in this direction. Furthermore, emotional fatigue involves emotional and cognitive processes that become gradually established over time, as a result of the exposure to chronic occupational stress (Maslach et al., 2001), which could imply that these interventions extended for longer and were more intense in order to improve these indicators among workers (Hülshager et al., 2013; van Berkel, Boot, Proper, Bongers, & van der Beek, 2013). Similarly, it should be noted the lack of practice observed among the participants during the progression of this intervention. Throughout the first two sessions, the nurses practiced sufficiently what was required, in compliance with the criteria laid down in other researches (Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009). Nevertheless, after session 2, the number of days and the amount of time devoted to practicing the exercises decreased dramatically, which may have contributed to the absence of results for these variables. A significant number of researchers have linked the improvements in this type of interventions to the quantity and frequency of exercises the participants were required to fulfill (for a review see Vettese et al., 2009). Hence, it is necessary to develop and research the methods to increase the adherence to the practice of the recommended exercises.

Changes on the positive affect of the nurses were neither observed. This might be due to the fact that the PANAS dimension of the positive affect measures positive emotions related to the activation pole (e.g. “excited” or “alert”) and the work on aspects such as emotional acceptance and mindfulness, which impact especially the emotional regulation and the balance between affects, reducing the emotional intensity. This fact may explain why there was not a relevant increase of the positive emotions that are measured according to the PANAS (Brown & Ryan, 2003; Delgado et al., 2010).

Study limitations and future research

Firstly, our results must be interpreted with caution given the small sample size in this study. To increase the robustness and reliability of the findings, a further study in more subjects is required. Moreover, there was a relatively high attrition in the follow-up, probably caused by issues related to job demands and overload which characterize the nursing profession (Shapiro et al., 2005). Future research could explore ways to offer stress management interventions without adding additional time-commitment and strain. Secondly, participants in our study were predominantly women reflecting the significant gender imbalance. Nevertheless, it is well known the overrepresentation of the female gender in nursing. Thirdly, we also did not obtain data from the participants on their previous experience with meditation practices which may also have affected outcomes in this study. Fourthly, this research only collected measures of nurses' well-being. Future interventions might benefit from assessing change on specific measures of work performance or job productivity. To enhance the credibility of this type of program among hospital managers, it will be important to establish the efficacy on these types of outcomes. Fifthly, in this research we were not able to show the mechanisms involved in the observed changes. Future research should continue exploring the potential mediators of change in the interventions. In addition, we support the use of measures that consider the different processes included in the practice of mindfulness, which might be more sensitive to the effects produced by brief interventions. Finally, future research could also benefit from including longer follow-up assessment to determine whether the benefits of the intervention are enduring.

Notwithstanding these limitations, this study is one of the first in analyzing the effect of a brief intervention based on ACT and Mindfulness to enhance the personal and occupational well-being among nursing professionals and where the participants were completely randomized. Because this is a pilot study, additional trials are needed for validation of the results. Exploring the effect of these interventions upon relevant well-being variables, such as nurses' vitality, becomes especially important given the impact that the workers' lack of vigor may have on the organization. Moreover, future research should also examine whether positive effects of ACT-Mindfulness interventions could translate into an enhanced patient care.

Conclusion and practical implications

In conclusion, the results obtained in this research are consistent with other studies that reflect the positive impact of working on aspects such as psychological flexibility, mindfulness skills or the clarification and commitment with personal values and goals within brief interventions aimed at improving the workers' personal well-being. However, not being able to ascertain the mediator effect of these variables, we cannot conclude that the observed enhancements are due to improvements on the psychological flexibility or mindfulness of the participants.

We believe that the amelioration of the nursing staff's well-being may have an important impact on the patients care, as previously shown by other studies (Aiken et al., 2002). The improvement on the nurses' vitality, purpose of life, psychological flexibility and negative affect could yield a greater capacity for coping and resilience among the workers (Kravits et al., 2010). This hypothesis would be coherent with the theories of Hobfoll (2001) and Barbara Fredrickson (2000), where the increased resources related to well-being involve the gaining of other positive resources. Moreover, the inclusion of this type of brief interventions could be effective in cost/benefit terms and its incorporation within the lifelong-learning programs developed in hospitals should be an aspect to be considered for the future (Martín-Asuero & García-Banda, 2010). Hitherto it is known that this type of interventions are of interest for the nurses, who report high levels of satisfaction after their attendance (van Berkel et al., 2013), as those reported in this study. However, in order to prevent stress and to promote the well-being of these professionals, it is necessary to implement actions directed to modify the occupational sources that produce their distress, and not only their personal resources and coping skills (Giga et al., 2003).

Capítulo 6

Discusión general

6.1. Hallazgos principales e implicación teóricas

El objetivo general de este trabajo era incrementar el conocimiento acerca del rol que juegan los aspectos emocionales en el bienestar y motivación de los profesionales de enfermería a través de diferentes metodologías de análisis. En concreto se ha explorado el rol de las demandas y de los recursos emocionales –del propio trabajador y procedentes del trabajo-, así como de las experiencias de recuperación en ese proceso, a través de dos estudios con metodología de diario y medidas repetidas, un estudio transversal-correlacional y un estudio experimental. Éste último ha consistido en la evaluación de eficacia de una intervención breve basada en la terapia ACT para incrementar el bienestar de estos profesionales.

Este trabajo responde a la llamada de la comunidad científica de abordar las cuestiones relacionadas con el trabajo y la regulación emocional de los profesionales desde una perspectiva transaccional, basada en procesos, y teniendo en cuenta aspectos personales y laborales a la hora de predecir los niveles de bienestar y motivación de los trabajadores (Moreno-Jiménez et al., 2010; Schraub et al., 2013). Los resultados alcanzados en este trabajo pueden contribuir a explicar algunos de los procesos implicados en ello. A continuación se muestran los principales hallazgos y su correspondiente discusión.

6.1.1. Efecto positivo de las demandas emocionales en enfermería

En el capítulo 2 se ha presentado un estudio donde se explora el efecto positivo de las demandas emocionales en los niveles diarios de vigor en el trabajo, y de vitalidad y afecto positivo en casa. Los resultados del estudio mostraron que los requerimientos emocionales a los que tenían que hacer frente las enfermeras/os estuvieron asociados con mayores niveles de vigor después del trabajo y con mayores niveles de vitalidad por la noche en casa, pero no con el afecto positivo. Ello implica que estar atento e interpretar las emociones de los pacientes, ponerse en el lugar del otro y manejar situaciones de cierta intensidad emocional se puede relacionar con sentimientos de energía y vitalidad. Este hallazgo está en línea con los recientes descubrimientos de que las demandas laborales también pueden ser por sí mismas generadoras de motivación y bienestar (Bakker y Sanz-Vergel., 2013; Lepine et al., 2005; Crawford et al., 2010) y en nuestro estudio podría explicarse por varias razones. En primer lugar, como Bolton (2000) señaló, las enfermeras/os suelen reconocer el trabajo emocional como una

actividad estresante, pero al mismo tiempo como fuente de satisfacción y reconocimiento profesional importante. Además, tener que hacer frente a tareas de carácter emocional forma parte de la identidad de este profesional, y cuando esto es así no tiene por qué tener efectos negativos sobre el bienestar, sino todo lo contrario, fomentar el compromiso y la satisfacción (Bolton, 2000; Isenbarger y Zembylas, 2006). El enfermero/a, a la hora de trabajar con emociones, tiene la oportunidad de autoexpresarse y generar la diferencia con respecto a otros profesionales, y eso puede verse recompensado por el ajuste con sus expectativas, y las del paciente (Converso et al., 2015). El trabajo con emociones forma parte de la profesión, puede ser un elemento incluso vocacional, y el estudiante sabe que es algo a lo que se va a enfrentar (McCabe et al., 2005). Cuando se encuentra con ello en su profesión, podría generarle experiencias positivas y dotar de significado su trabajo.

Una observación interesante que hizo McVicar (2003) en su revisión sobre estresores en la profesión de enfermería, y que podría también dar sentido a este hallazgo, fue cuando señaló que lo que es percibido como estresante hace unos años no tenía por qué serlo en la actualidad en función de los numerosos cambios que se iban acometiendo en la sociedad en general, y en las condiciones y roles de la profesión en particular. En este sentido, es posible que la presencia de las emociones en la vida diaria de los trabajadores sea hoy en día mucho más explícita, reconocida y además los profesionales tengan más habilidades para hacerles frente que antes. El valor de lo racional se ha podido mantener, pero no cabe duda que el valor de las emociones se ha incrementado en las últimas décadas, y es posible que los individuos y profesionales cuando se enfrenten a las emociones en su lugar de trabajo lo vean como algo normal en este tiempo, e incluso valorado y por lo tanto deseable. En este sentido, otros estresores podrían ser los que actualmente generen desgaste en esta profesión, como podrían ser las tareas burocráticas, la actual inseguridad contractual que encontramos en las organizaciones, o la creciente carga asistencial.

Las demandas emocionales estuvieron también asociadas con el afecto positivo pero no de una forma significativa. Es decir, estuvieron más asociadas con el vigor y la vitalidad. Ello podría deberse a que las actividades que se ponen en marcha porque están motivadas intrínsecamente, y aquellas que proporcionan a las personas un sentimiento de autonomía y agencia personal en la organización de sus acciones están profundamente conectadas con un sentimiento de vitalidad y energía (Ryan y Frederick, 1997). Precisamente, la profesión de enfermería, y una de sus principales tareas, el

cuidado, es frecuentemente percibido por los profesionales como una competencia a desarrollar y por lo tanto los requerimientos emocionales del puesto se puede percibir como una meta retadora que lleve asociada motivación y satisfacción y derive en estos estados de energía (Morgan y Lynn, 2009). Basándonos también en la Teoría de la Autodeterminación de Deci y Ryan (1980), aquellos contextos que apoyan la autonomía psicológica, la competencia y conexión con los otros promueven altos estados de vitalidad.

No obstante, de los resultados de nuestro trabajo no se deduce que las demandas emocionales no puedan estar asociadas con el agotamiento emocional a largo plazo. Así mismo podrían haberlo estado sin ser este hecho incongruente con nuestras conclusiones (Brotheridge y Grandey, 2002). Como señalan Crawford et al. (2010), existirían demandas que pueden ser un reto para los trabajadores, asociadas con experiencias de vigor e implicación laboral, pero ello no implicaría que no supongan un esfuerzo a los trabajadores que pueda terminar generándoles agotamiento a largo plazo.

6.1.2. El efecto potenciador de las habilidades de regulación emocional

Los resultados del estudio mostrados en el capítulo 2 también revelaron que la habilidad de las enfermeras/os a la hora de regular las emociones en el lugar de trabajo amplificaba el efecto positivo de las demandas emocionales sobre su vigor, vitalidad y afecto positivo. Específicamente, ese efecto se vio potenciado cuando las enfermeras no presentaban dificultades en la regulación de sus emociones. Aquellos días en los que había una mayor exigencia de demandas emocionales, los profesionales que tenían menores niveles de interferencia emocional eran capaces de experimentar mayores niveles de vigor después del trabajo. Igualmente, ante esa demanda emocional elevada, aquellos profesionales que tenían una menor falta de claridad y control emocional, experimentaron mayores niveles de vitalidad y afecto positivo por la noche en casa.

Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que la ausencia de dificultades emocionales en un contexto emocionalmente demandante puede ofrecer seguridad y confianza al profesional, que le lleve a experimentar estados de energía, motivación y bienestar (Albrecht, 2010). Como señalaron Pisanello et al. (2012), el trabajo con las emociones en enfermería puede suponer un reto a los profesionales cuando éstos se perciben competentes a la hora de manejar sus estados emocionales. En el caso concreto de la interferencia emocional, hemos podido observar como aquellos profesionales que tienen una emoción negativa y que pueden continuar comportándose de acuerdo a sus

objetivos y metas, van a mostrar mayores niveles de vigor relacionado con el trabajo en un contexto de altas demandas emocionales. Esto puede ser debido a que en los días en los que se tiene una baja interferencia emocional, la energía y capacidades cognitivas pueden ir dirigidas a lidiar con las demandas de trabajo y no tanto a controlar o intentar reducir el contenido emocional negativo. Además, la baja interferencia emocional puede permitir al profesional alcanzar sus metas y objetivos diarios a pesar de encontrar dificultades, un hecho que forma parte de la concepción que tenemos del vigor en el trabajo (Schaufeli et al., 2002).

Por otro lado, en el caso de la claridad y control emocional, comprobamos que aquellos profesionales que ante los requerimientos emocionales elevados no tenían problemas a la hora de comprender sus emociones y controlar su conducta cuando experimentan emociones negativas en el trabajo, mostraban más vitalidad y afecto positivo en casa por la noche. En el caso de la claridad emocional, podría deberse a que esta habilidad permite procesar mejor la información emocional, y por lo tanto ser un recurso crucial a la hora de trabajar con cuestiones emocionales. Si una persona tiene claro qué está sintiendo en un momento dado y sus causas, puede poner en marcha acciones dirigidas a regular esa emoción en la dirección que considere necesario. En el caso del control emocional, podría deberse a que esta habilidad permite modificar, influir y controlar nuestros estados negativos internos, y las conductas reactivas e impulsivas que promueven. Ello permite ajustarse más a las demandas del puesto, de la tarea, a las expectativas del paciente y la satisfacción de sus necesidades, lo que probablemente redunde en un mayor reconocimiento y auto-concepto profesional que se termine reflejando en un mayor bienestar al llegar a casa.

Todos estos hallazgos vendría a coincidir con el principio de balance propuesto por el modelo DISC, y la hipótesis de potenciación de la teoría JD-R, es decir, la motivación y bienestar del trabajador se pueden dar si existe una mezcla de altas demandas (no excesivas) y recursos, especialmente cuando ambos se ajustan y corresponden en su naturaleza emocional, cognitiva o física (“principio de ajuste”). Por lo tanto, este estudio añade evidencia a las pocas investigaciones que hay sobre la hipótesis de potenciación desde una perspectiva de diario. Es decir, los recursos personales no solo tienen el papel de reducir las demandas laborales, sino también promocionar estados positivos en el trabajo cuando hay suficientes demandas laborales que resultan retadoras.

En este estudio no quedó confirmado ningún efecto interactivo entre las demandas emocionales, la falta de atención emocional y la falta de aceptación emocional a la hora de predecir el vigor, vitalidad y afecto positivo diarios de los participantes. Como ya hemos mencionado en el capítulo 2, ello podría deberse a que nosotros llevamos a cabo un análisis de interacción donde introducimos un número elevado de variables en el último modelo, con hasta 5 interacciones. Dado el reducido número de participantes y que las interacciones no se suelen ajustar a una distribución normal, podría ser que esta forma de probar las interacciones fuera ciertamente conservadora y que no esté reflejando todos los efectos significativos posibles. Igualmente, podría deberse a que en este trabajo sólo se han analizado las relaciones lineales entre las variables, pudiendo existir también relaciones no lineales entre ellas (Ladstätter et al., 2015).

6.1.3. La desregulación emocional del trabajador como fuente de malestar

En el capítulo 3, los resultados mostraron que la presencia de dificultades en la regulación de las emociones entre los profesionales durante el trabajo se asociaba a mayores niveles de agotamiento emocional después de éste, y con la fatiga y afecto negativo por la noche en casa.

Esta relación puede explicarse a través del principio de la espiral de pérdidas de la teoría COR (Hobfoll, 1989), y la teoría de recursos limitados de Muraven et al. (1998). Con respecto a la primera, la presencia de dificultades en la regulación emocional reflejaría la pérdida de un recurso emocional para hacer frente a las demandas de esta naturaleza en el trabajo, lo que conllevaría la pérdida de otros recursos energéticos y de bienestar que terminarían generando agotamiento, fatiga y emociones negativas (Hobfoll y Shirom, 2001; Maslach et al., 2001). Como ya señalaban Maslach y Jackson (1984), el agotamiento emocional reflejaría una falta de energía debido a que se han perdido ciertos recursos emocionales para seguir haciendo frente a las demandas. En segundo lugar, y de acuerdo con la teoría de recursos limitados, cualquier proceso de auto-regulación, incluida la regulación emocional, atencional y de pensamiento, implica esfuerzo y arousal psicofisiológico, que termina provocando a largo plazo fatiga (Alberts et al., 2012; Muraven et al., 1998). Además, la presencia de dificultades puede implicar que la regulación emocional no se lleve a cabo de forma fluida, y que se requieran esfuerzos psicológicos adicionales para regular las emociones, lo que tendrá un coste en términos de recursos energéticos para estos trabajadores (Gross y Levenson, 1997; Martínez-Iñigo et al., 2007; Muraven y Baumeister, 2000). Cuando la regulación

además no se produce como uno espera, puede provocar respuestas negativas en el individuo, como el surgimiento de enfado, porque le obliga a poner en marcha otros recursos que no se contemplaban al principio, y ello activar una espiral de pérdida de recursos relacionados con la auto-regulación (Muraven et al., 1998; Zohar et al., 2003).

Los hallazgos encontrados en este capítulo son consistentes con los desarrollos actuales en psicología clínica y psicología de la salud ocupacional, por la que aquellos individuos que ponen en marcha estrategias de regulación emocional desadaptativas pueden experimentar mayor tensión, ansiedad, depresión, emociones negativas y desgaste profesional (Aldao et al. 2010; Gratz y Roemer, 2004; Hülsheger et al., 2013).

Están en línea también con los trabajos que muestran la importancia de las competencias emocionales en la profesión de enfermería para prevenir el desgaste. De acuerdo con esos estudios, cuando las enfermeras no prestan atención a sus emociones, no comprenden sus estados o tienen dificultades para regularlas a la hora de alcanzar una meta, es más probable que experimenten agotamiento emocional y tensión en el trabajo (Augusto-Landa et al., 2008; Garrosa et al., 2011; Losa-Iglesias et al., 2010). Como ya señalaba Schaufeli y Enzmann (1998), el agotamiento emocional ha sido considerado por algunos autores como un problema de los trabajadores para manejar sus emociones.

6.1.4. El rol moderador del apoyo social frente a las dificultades de regulación

En el estudio desarrollado en el capítulo 3, se puso de manifiesto que el efecto negativo de la presencia de dificultades en la regulación de las emociones fue mayor entre aquellos profesionales que percibían un menor apoyo social durante la jornada de trabajo.

El apoyo de los compañeros se reveló como un recurso laboral importante para las enfermeras/os cuando tienen que afrontar estresores emocionales durante su jornada. Si este apoyo no es percibido en situaciones de estrés, aumentaría el riesgo de agotamiento emocional (De Jonge et al., 2008; Peeters y LeBlanc, 2001). Al fin y al cabo, como señalaba Hobfoll et al. (2003), las personas que tienen más recursos personales y sociales son las que menos afectadas se ven por las circunstancias estresantes de la vida.

El efecto amortiguador del apoyo de los compañeros pudo darse porque éste funciona como un recurso emocional relevante al que poder acudir entre aquellos trabajadores que manifiestan alguna dificultad emocional (van den Tooren y De Jonge, 2008). En 1978, Maslach ya apuntaba que aquellos trabajadores que pudieran expresar y

compartir sus sentimientos con sus compañeros, experimentaban menos agotamiento emocional porque ello les permitía reducir la tensión y recibir ayuda a la hora de solucionar ciertos problemas. Además, los otros pueden influir en nuestra regulación emocional, ayudándonos a afrontar ciertas emociones. Incluso esa regulación ya comienza a funcionar cuando uno tiene la simple expectativa de que va a recibir ayuda en términos de apoyo y comprensión de su respuesta emocional (Thompson, 1994).

El hallazgo encontrado en este estudio sobre el efecto del apoyo de los compañeros corroboraría el principio compensatorio o de balance del modelo DISC y la hipótesis de moderación de la teoría JD-R. Ante la pérdida de recursos emocionales, los individuos pueden encontrar en el apoyo de los compañeros un recurso emocional compensatorio para mantener su bienestar (Hobfoll, 2003; De Jonge et al., 2014). De esta forma, el efecto de la aparición de ciertos estresores en el trabajo sobre la salud de los trabajadores será amortiguado al haber disponibles otros recursos laborales, especialmente cuando éstos son específicos para lidiar con esos estresores, y cuando comparten la misma naturaleza (De Jonge et al., 2014; Lavoie-Tremblay et al., 2013).

Además, un resultado muy interesante que reveló este estudio fue que el efecto del apoyo de los compañeros tuvo mayor relevancia cuanto mayores dificultades en la regulación emocional presentaban los trabajadores durante su jornada. Es decir, el efecto del apoyo de los compañeros adquiriría mayor relevancia en un contexto de pérdidas, de acuerdo con el principio de saliencia de recursos de la teoría COR (Hobfoll, 2002). Parece que el efecto del apoyo social cobra su mayor relevancia en situaciones donde satisface ciertas necesidades personales (Hobfoll, 1989).

Otro hallazgo que merece la pena ser comentado es que el apoyo procedente del supervisor no moderó significativamente el efecto de las dificultades emocionales sobre el agotamiento emocional. Nosotros explicábamos en el capítulo 3 que esto podría deberse a que los profesionales no discutan este tipo de dificultades con sus supervisores por miedo a las represalias (van den Tooren y De Jonge, 2011), o porque muchas veces los supervisores no están presentes en el mismo espacio de trabajo. Pero otras explicaciones podrían ser posibles. En primer lugar, podría ser que las fuentes de estrés que despierten las dificultades pudieran proceder de la relación con los supervisores (Kaufmann y Beehr, 1986). En segundo lugar, cuando uno tiene un estresor emocional podría primero buscar el apoyo emocional entre sus iguales, y si no lo encuentra entonces sí acudir en búsqueda del apoyo de su supervisor (De Jonge, Demerouti, y Dormann, 2013). Por último, el apoyo de los compañeros y de los

supervisores podría funcionar de forma diferente: el primero podría cumplir más una función de apoyo emocional, mientras que el apoyo del supervisor sólo se vea en términos de solucionar un conflicto más objetivo o relacionado con las tareas laborales (Willemse, de Jonge, Smit, Depla, y Pot, 2012).

6.1.5. Beneficios de la recuperación ante la presencia de dificultades de regulación

Los resultados del capítulo 3 también revelaron que experimentar ciertas experiencias de recuperación después de la jornada de trabajo ayudaba a aquellos profesionales que presentaron mayor desregulación emocional durante el transcurso de éste. En concreto, los resultados mostraron el efecto amortiguador del distanciamiento psicológico y la relajación por la tarde a la hora de explicar los niveles de afecto negativo y fatiga por la noche.

Específicamente, aquellas enfermeras/os que presentaron mayores dificultades durante la jornada laboral y menos distanciamiento psicológico después del trabajo, mostraron mayores niveles de emociones negativas en casa por la noche. Ello podría ser debido a que distanciarse permite romper las espirales negativas de emoción y pensamiento que hacen que las experiencias negativas se mantengan y refuercen en breves periodos de tiempo (Sonnetag y Binnewies, 2013). Si este distanciamiento no se consigue, la activación negativa se mantiene. Distanciarse psicológicamente implica que el trabajador no sigue dándole vueltas en su tiempo libre a los estresores y dificultades que se han presentado en el trabajo, incluyendo las dificultades en la regulación de sus emociones y sus potenciales consecuencias (Querstret y Copley, 2012). Ello supondría la no presencia de estilos de pensamiento rumiatorio y de las emociones negativas que suelen ir acompañadas. Por lo tanto, la persona tiene la oportunidad de recuperar sus niveles de recursos relacionados con el bienestar.

Por otro lado, las enfermeras/os que presentaban mayor desregulación emocional durante el trabajo y que tuvieron una experiencia de relajación menor por la tarde, presentaron mayores niveles de fatiga en casa por la noche. Ello podría explicarse debido a que la relajación reduce la activación fisiológica prolongada y producida por el trabajo, y permite al cuerpo recuperar energía y bienestar, especialmente si uno ha tenido que hacer un gran esfuerzo previamente (Meijman y Mulder, 1998; Sonnetag y Bayer, 2005). Cuando esto no ocurre, los trabajadores no tienen la oportunidad de

restaurar su energía, y por lo tanto es más probable que aparezca y se mantenga la tensión.

Los resultados encontrados en este estudio por tanto irían en línea de la investigación previa que muestra el valor de la recuperación después del trabajo a la hora de explicar los niveles de salud y bienestar de estos profesionales (Drach-Zahavy y Marzuq, 2013; Sonnentag y Binnewies, 2013; Sonnentag y Niessen, 2008). De acuerdo con la teoría COR y la teoría E-R, a través de la recuperación, el profesional va a tener la oportunidad de restablecer sus niveles de energía y recursos desgastados durante la jornada en el periodo de descanso, y estar más preparado para afrontar la jornada del día siguiente.

Un hallazgo también muy interesante que involucraría al mismo tiempo a los resultados del apartado anterior es que en este estudio pudimos observar que la interacción más significativa fue aquella en la que los estresores (i.e. dificultades emocionales en el trabajo), y los recursos (i.e. apoyo de los compañeros) compartían la misma naturaleza emocional a la hora de explicar una consecuencia también de la misma naturaleza (i.e. agotamiento emocional). La segunda interacción más significativa fue aquella donde se produjo un ajuste entre la experiencia de recuperación física (i.e. relajación) a la hora de predecir las consecuencias físicas (i.e. fatiga). Y por último, la interacción menor, aunque también significativa, fue aquella donde no hubo un ajuste entre la naturaleza de la demanda emocional, la experiencia de recuperación cognitiva (i.e. distanciamiento psicológico) y las consecuencias emocionales (i.e. afecto negativo). No obstante, el distanciamiento psicológico tiene un componente cognitivo y emocional, y por ello quizá se mantuvo significativo. Distanciarse psicológicamente del trabajo, aunque implica un esfuerzo cognitivo, supone también dejar de pensar en aspectos relacionados con el estrés emocional que ha ocurrido durante la jornada laboral y por ello es probable que hayamos observado su efecto beneficioso sobre las emociones de los profesionales que participaron en nuestro estudio (De Jonge, Demerouti y Dormann, 2013; Sonnentag, 2011). El haber utilizado una medida de distanciamiento psicológico que no diferencia entre un distanciamiento cognitivo o emocional, nos impide concluir si se produjo o no ese ajuste.

6.1.6. Los efectos en casa de la regulación emocional en el trabajo: *spill-over effects*

En los capítulos 2 y 3 hemos podido observar que de una u otra manera, los efectos de las demandas y de la regulación emocional en el trabajo se transfieren al ámbito

privado, a la vida personal del trabajador cuando éste ha terminado su jornada (Sonntag y Binnewies, 2013).

En concreto, los días en que las demandas emocionales fueron altas en el trabajo, las enfermeras no solo mostraban más energía y vigor relacionado con éste, sino que también mostraban mayores niveles de vitalidad en casa. Las demandas emocionales son experiencia motivantes para las enfermeras/os, y sus efectos podrían perdurar en el tiempo no limitándose al momento en el que están en el trabajo. Probablemente por las razones que esgrimen Ryan y Frederick (1997). Las demandas emocionales en nuestra muestra están asociadas con la motivación y pueden estar favoreciendo sentimientos de autorrealización y autodeterminación, condiciones profundamente asociadas con la vitalidad y con el bienestar psicológico de los profesionales que se va a ver reflejado más allá del trabajo. Además, en esta investigación también se observó el efecto de terceras variables en el proceso de *spill-over* a la hora de amplificar el efecto positivo de las demandas laborales sobre el bienestar fuera de este (Sonntag y Binnewies, 2013). En concreto, las habilidades de regulación emocional desplegadas durante la jornada para hacer frente a las demandas emocionales mostraron tener un efecto positivo más allá del trabajo.

Por otro lado, en el capítulo 3, también observamos la asociación de la desregulación emocional durante el trabajo con los niveles de fatiga y afecto negativo fuera de éste. De esta forma y como señalan otros autores, el estrés producido por ciertos eventos negativos en el trabajo y por los fenómenos laborales puede traspasarse a la esfera de lo personal y afectar al bienestar cuando estamos en casa puesto que la persona se mantiene activada negativamente (Sonntag, Kuttler, y Fritz, 2010; Williams y Alliger, 1994). Por ejemplo, un trabajador que ha presentado ciertas dificultades a la hora de regular sus emociones podría rumiar estas situaciones o sus “temidas” consecuencias al llegar a casa (Winwood y Lushington, 2006).

6.1.7. El rol mediador de *meaningfulness* en la relación apoyo-vigor y agotamiento

El apoyo social percibido en el trabajo no solo moderaría la relación entre el estresor, la salud y el bienestar del profesional como se ha visto en el capítulo 3. Los resultados alcanzados en el capítulo 4 mostrarían que el apoyo de los compañeros y supervisores podría contribuir también a que los trabajadores tengan mayor voluntad de invertir esfuerzo y energía en sus vidas que al mismo tiempo derive en un aumento de

sus niveles de vigor, y una disminución de sus niveles de agotamiento emocional relacionados con el trabajo.

Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que percibir que se recibe apoyo instrumental y emocional por parte de los compañeros y supervisores podría influir en la aparición de un sentimiento de que merece la pena invertir energía y esfuerzo en las cosas que rodean al trabajador. El hecho de encontrar en el trabajo un elemento que aumente los niveles de significatividad personal podría al mismo tiempo derivar en querer dedicar más energía y persistencia al trabajo, que al fin y al cabo es una de las fuentes y lugares que están contribuyendo a aumentar esos niveles de bienestar (Kahn, 1990, Ryan y Solky, 1996; Van den Broek et al., 2010).

En primer lugar, este hallazgo se podría sustentar en la teoría de la autodeterminación por la que los ambientes laborales pueden tener características que podrían promocionar la satisfacción de necesidades humanas básicas y por lo tanto generar bienestar (Deci y Ryan, 1985; Ryan y Solky, 1996; Van den Broek et al., 2010).

Los efectos específicos sobre el agotamiento emocional podrían también estar sustentados por la teoría existencialista del desgaste profesional (Pines, 1993), por la que los trabajadores ven en su trabajo una fuente importante de significado vital. Si a largo plazo no consiguen obtener ese significado, podría aparecer el desgaste.

Por último, este hallazgo sería congruente con la conceptualización de recursos laborales propuesta por la teoría JD-R. Según esta teoría, el apoyo laboral, y en general, los recursos laborales, permiten alcanzar los objetivos en el trabajo, ayudan a reducir las demandas laborales, y promueven el crecimiento personal (Bakker y Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2000, 2001). Ello es debido a que los recursos tienen el potencial de activar un proceso motivacional conducente a experiencias de energía y dedicación en el trabajo que puede estar mediado por la activación de otros recursos personales. Por ejemplo, como apuntó Shirom (2011), los recursos relacionales y las relaciones de calidad dentro del trabajo son un antecedente de la energía del trabajador porque permiten entrar en contacto a éste con otro tipo de recursos. En concreto, él señaló que aquellos trabajadores con un buen apoyo social dentro del trabajo podrían sentirse escuchados, aprender unos de los otros, y reforzarse entre sí mismos la autoestima (Shirom, 2011). En el estudio presentado en el capítulo 4, los resultados mostrados apuntarían a que ese apoyo estaría asociado con los niveles de energía debido a que éste podría incrementar las ganas de esforzarse e invertir energía en las metas de los trabajadores, en generarse retos, y en disfrutar con ellos.

6.1.8. Intervención breve basada en ACT para la mejora del bienestar personal

La intervención psicológica evaluada en el capítulo 5 arrojó algunos resultados que merecen la pena ser discutidos detenidamente. En términos generales, la intervención tuvo efectos significativos sobre distintas medidas de bienestar personal sólo a corto plazo. Sin embargo, ésta no produjo cambios en un espacio temporal más amplio salvo en la variable de vitalidad, que fue la única que se vio incrementada a los tres meses del núcleo principal de la intervención.

En concreto, los resultados procedentes del análisis inter-grupo mostraron que hubo una diferencia entre el grupo experimental comparado con el grupo lista de espera en términos de sus niveles de vitalidad y propósito vital mientras se mantenía la condición experimental del estudio. Específicamente, el grupo que había recibido la intervención los incrementó de forma estadísticamente significativa.

Durante la intervención se trabajaron muchos aspectos relacionados con el afrontamiento del estrés, y se abordaron los efectos de la falta de aceptación emocional y la lucha por controlar los eventos internos negativos, la toma de consciencia plena de esos eventos con una actitud de aceptación, curiosidad, no juicio, no reactiva, y la clarificación de valores y metas personales (ver apéndice B). El contacto y práctica con este tipo de contenidos y de ejercicios se podría relacionar con un aumento de la vitalidad y del propósito vital por varias razones. En primer lugar, el afrontamiento basado en la aceptación psicológica y la atención plena no consume tantos recursos energéticos como otro tipo de regulación emocional basada en el control de lo negativo (Allen y Kiburz, 2012; Brown y Ryan, 2003; Smith et al., 2008). Abandonar la lucha por controlar esos eventos psicológicos y ampliar la consciencia a más elementos que pueden incluir las necesidades y valores de los profesionales, puede promover en ellos un sentimiento de autodeterminación que se vea reflejado en mayores niveles de vitalidad (Brown y Ryan, 2003). Recordemos que esta variable está profundamente relacionada con el desarrollo de actividades motivadas intrínsecamente, donde el individuo tiene un sentido de agencia personal, es decir de estar haciendo algo que elige de forma autónoma. No obstante, esto último también podría hacer plantearnos que los profesionales que llegaron hasta el final fueran los más motivados por conocer este tipo de intervenciones y sus efectos, y que eso también se viera reflejado en sus incrementos de vitalidad a largo plazo.

En el caso del propósito vital, los contenidos y actividades desarrolladas podrían haber favorecido su incremento debido a que éstos fomentan el desarrollo de una actitud más flexible ante las barreras y dificultades emocionales a la hora de perseguir metas y valores deseados (Greenberg et al., 2012; Young 2014). En este tipo de intervenciones se fomenta además la habilidad de actuar con consciencia y de forma congruente con los valores personales, lo que podría implicar el compromiso con actividades diarias relacionadas con las metas del trabajador (Brown y Ryan, 2003; Chambers et al., 2008). Al aumentar la conciencia, se pueden percibir los valores y necesidades y por lo tanto, si se desea, encaminarse hacia su consecución o satisfacción (Deci y Ryan, 1985; Shapiro et al., 2006). Además, cuando se desarrolla una forma menos reactiva y fusionada de relacionarse con los eventos internos negativos, es más sencillo focalizar la atención y acción hacia las metas y valores, y no hacía la lucha con el contenido mental (Glomb et al., 2011).

Por otro lado, los resultados procedentes del análisis intra-grupos revelaron que ambos grupos tuvieron un incremento en sus niveles de flexibilidad psicológica, así como una disminución de sus niveles de afecto negativo, tras recibir la intervención. Sin embargo estos cambios no se observaron después de tres meses. El efecto a corto plazo a la hora de incrementar la flexibilidad psicológica y disminuir el afecto negativo también puede explicarse por diversas razones.

En primer lugar, el incremento de la flexibilidad psicológica es uno de los objetivos principales de este tipo de programas. Una vez que los dos grupos terminaron la intervención, éstos eran capaces de aceptar en mayor medida sus eventos internos negativos como parte de una vida plena y completa, donde los eventos no son los que controlarían su conducta, sino sus valores y metas. La mayoría de contenidos, ejercicios y prácticas iban encaminados al aumento de esta fortaleza y de ahí su posible incremento.

En cuanto a la reducción del afecto negativo, durante la intervención se estuvo trabajando con la observación de las sensaciones y emociones negativas, explorando como se reaccionaba ante ellas, e intentado transmitir una forma alternativa de responder que no estuviera basada en el impulso de evitarla, o en la crítica e intolerancia ante su presencia, es decir, favoreciendo su aceptación. Este trabajo pudo favorecer una reducción de la activación y reactividad que se viera reflejado en menores niveles de emociones negativas (Glomb et al., 2011, Martín-Asuero y García-Banda, 2010).

Un resultado no esperado en el transcurso del estudio y que merece la pena ser discutido fue el hecho de que cuando el grupo control estaba en su condición de lista de espera, éste redujo sus niveles de mindfulness de forma estadísticamente significativa, mientras que el grupo experimental que recibía la intervención en ese momento los mantuvo.

A pesar de que no hubiera un incremento de mindfulness en el grupo experimental, este dato lo consideramos relevante. El estrés y demandas laborales elevadas a las que se someten diariamente los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos y urgencias consumen recursos energéticos y atencionales constantemente, y la intervención podría haber ayudado a estos profesionales a mantener un nivel adecuado de atención plena mientras se afrontaban esas demandas y sus consecuencias (Glomb et al., 2011; Smith et al., 2014). No es la primera vez que se detectaría este efecto protector de mindfulness frente al estrés intenso (Jha et al., 2010). Por ejemplo, Jha et al. (2010), en un estudio llevado a cabo con militares, encontró que el grupo que estaba siendo entrenado en las técnicas de mindfulness logró mantener (y no incrementar) sus niveles de memoria de trabajo en el transcurso de la intervención, mientras que aquellos que formaban parte del grupo control los redujeron de forma significativa. No obstante, la ausencia de incrementos en la variable mindfulness puede explicarse también por el hecho de haber usado la escala MAAS, la cual no mide todas las facetas de mindfulness trabajadas durante la intervención. Esta escala principalmente mide atención, pero no la intención ni actitud con la que se realiza. Así, es probable que la intervención cultivara otros elementos (p.e. aceptación emocional, no reactividad, no juicio) que no fueron capturados por esta escala (Shapiro et al., 2008). Además ésta mide mindfulness como rasgo, y quizá no fuera la más apropiada para evaluar una intervención breve a corto plazo. La ausencia de cambios en esta variable, así como en flexibilidad psicológica durante la condición experimental, nos impidió comprobar si los cambios en vitalidad y propósito vital que sí se encontraron estuvieron mediados por incrementos en estas dos variables.

La intervención no produjo cambios en los niveles de afecto positivo, ni en ninguna variable organizacional.

En el caso del afecto positivo, pudo ser debido a que las emociones que aparecen en la escala PANAS tienen un componente elevado de activación (p.e. decidido, activado, alerta), y los componentes de la intervención como mindfulness principalmente fueron dirigidos a la regulación y balance de la intensidad emocional, de ahí que también se

viera su mayor efecto en la reducción de los afectos negativos (p.e. tensión, nerviosismo, hostil).

En el caso de las variables organizacionales, hay tres razones principales que podrían explicar la ausencia de cambios significativos. En primer lugar, estas variables se ven afectadas de forma importante por las condiciones y factores laborales del trabajador (McCracken y Su-Yin Yang, 2008; Maslach, 2003). Y nuestra intervención no implementó ninguna acción en esta dirección. En otros estudios de similares características, los autores encontraron también una ausencia de cambios en variables como la motivación o satisfacción laboral (Bond y Bunce, 2000; Bond, Flaxman, y Bunce, 2008; MacKenzie et al., 2006). En segundo lugar, el agotamiento emocional y fatiga a veces implican la exposición gradual y repetida a estresores laborales durante un periodo largo de tiempo (Maslach et al., 2001), y pudiera ser que intervenciones tan breves no logren modificar los componentes cognitivos, emocionales y físicos constituyentes de estos fenómenos. En la literatura también encontramos la limitación de este tipo de intervenciones breves a la hora de modificar las variables esperadas, como el distanciamiento psicológico o la propia atención plena (Gauthier et al., 2015; Hülshager et al., 2015). Por último, la falta de suficiente práctica de los profesionales podría haber hecho que ante variables de bienestar de índole más organizacional, no se hubieran producido los cambios esperados (Vettesse et al., 2009).

A pesar de que la intervención no produjo los incrementos esperados en el bienestar de los profesionales, cabe destacar los elevados índices de satisfacción que tuvo el programa entre los profesionales de enfermería, quienes consideraron la intervención notablemente útil, y que cumplió con sus expectativas. En general, este tipo de intervenciones son muy bien acogidas y valoradas por los trabajadores (van Berkel et al., 2009). El contraste entre los elevados índices de satisfacción y utilidad de la intervención, y los resultados de cambio alcanzados, hace reflexionar sobre si sería necesaria la evaluación de este tipo intervenciones utilizando un método mixto, cuanti y cualitativo, donde se pudiera entrevistar a los profesionales y preguntarles cómo ha impactado la intervención en su día a día. Igualmente, pone de manifiesto que los cambios en salud laboral deben implicar cambios organizacionales y de organización de la tarea, pues un nivel de intervención a nivel solo individual no consigue los resultados esperados.

6.2. Fortalezas, Limitaciones y Futuras investigaciones

Los estudios presentados en este trabajo tienen una serie de fortalezas pero también limitaciones que deberían ser tenidas en cuenta de cara a futuras investigaciones.

6.2.1. Fortalezas de los estudios

El estudio presentado en el capítulo 2 es uno de los pocos estudios que plantea hipótesis donde las demandas van a estar asociadas con el vigor y bienestar de los profesionales bajo la premisa de que en un sector como el sanitario, estas demandas pueden ser evaluadas por los profesionales como demandas retadoras (Bakker y Sanz-Vergel, 2013; Crawford et al., 2010). De este modo, el estudio contribuye y añade evidencia al cuerpo de trabajos que muestran la asociación positiva entre demandas emocionales, vigor y bienestar en línea con los nuevos desarrollos de la teoría JD-R, donde se ha llamado a diferenciar entre demandas retadoras y obstaculizadoras a la hora de predecir sus efectos sobre la salud y bienestar de los trabajadores (Crawford et al., 2010). Además, el estudio aporta al escaso número de trabajos que exploran el efecto potenciador de recursos en la relación demandas retadoras, bienestar y motivación (Tádić et al., 2015).

En el caso del estudio presentado en el capítulo 3, ésta sería la primera investigación en abordar el constructo de desregulación emocional en el ámbito organizacional y utilizando para ello una metodología de diario. De este modo, se han analizado las dificultades de regulación emocional en un contexto específico y analizando el impacto de la presencia y variaciones de otras variables del entorno y la persona, satisfaciendo así la necesidad de abordar el estudio de la regulación emocional desde una aproximación funcional y específica de contexto (Thompson, 1994; Gratz y Roemer, 2004; Schraub et al., 2013). Además, en el estudio integramos la perspectiva clínica y organizacional a la hora de abordar el análisis del bienestar de los trabajadores.

Tanto en el estudio 1 como en el 2 exploramos las variaciones diarias que se pueden producir dentro de la misma persona en los fenómenos estudiados y cómo ello podría explicar al mismo tiempo las variaciones diarias en su bienestar (perspectiva intra-individuo). La mayoría de estudios que exploran la temática de esta investigación se centran en cómo las diferencias entre las personas en esos fenómenos les afectan a su bienestar de forma diferencial (perspectiva inter-individual). Además, en ambos estudios analizamos el efecto *spill-over* de los fenómenos que ocurren en el trabajo, y

exploramos como éstos afectan a la vida personal y diaria de los trabajadores. En este sentido, autores como Sonnentag y Binnewies (2013) han llamado la atención sobre la necesidad de estudiar estos efectos de transferencia, incluyendo el análisis de terceras variables sobre los mismos como se hizo en el capítulo dos.

En el capítulo 4 destacamos la importancia de la dimensión *meaningfulness* en el proceso motivacional de la teoría JD-R. Sin embargo, la mayor parte de estudios que exploran el constructo de sentido de la coherencia y sus dimensiones, han sido en torno a su efecto moderador o mediador en la relación estrés-bienestar, pero no han explorado su efecto mediador entre las características positivas del lugar de trabajo, la motivación y bienestar de los trabajadores (Vogt et al., 2015). De este modo, los resultados de este estudio contribuyen a una nueva línea de trabajo centrada en el estudio de los mecanismos que intervienen en el desarrollo de ambientes laborales saludables capaces de ofrecer a los trabajadores oportunidades para aumentar sus fortalezas, crecer y estar motivados (Nilsson et al., 2012). Además, un aspecto a destacar de este estudio es el haber estudiado el apoyo de los compañeros y del supervisor por separado, pues frecuentemente se estudia el efecto de los recursos laborales emocionales aglutinando estos dos, y como hemos visto en el capítulo 3, podrían tener efectos diferenciales sobre el bienestar y motivación de los trabajadores.

Por último, cabe destacar que aunque la intervención no produjera todos los cambios esperados entre los profesionales, éste es uno de los primeros trabajos dirigidos a evaluar la eficacia de una intervención breve basada en ACT empleando el formato 2+1 en el ámbito sanitario español, y empleando una muestra de difícil acceso, como son los trabajadores pertenecientes a unidades de cuidados intensivos y urgencias, donde las demandas laborales a veces hacen difícil la participación en este tipo de actividades (Gauthier et al., 2015; Lan et al., 2014). En la misma línea, todo el trabajo presentado aquí tiene la fortaleza de haber explorado el funcionamiento de una amplia variedad de profesionales procedentes de diferentes unidades médicas y de centros sanitarios de atención primaria, aportando una visión más completa de los factores y procesos de bienestar y motivacionales que afectan a diferentes entornos dentro de la profesión.

6.2.2. Limitaciones de los estudios y sugerencias de mejora

A pesar de las fortalezas y contribuciones que este trabajo hace a la literatura, los estudios presentados tienen limitaciones considerables que necesitan ser mencionadas

con el objetivo de plantear futuras investigaciones que puedan llegar a los mismos resultados mejorando estos aspectos. Aunque estas limitaciones se han hecho explícitas en las distintas publicaciones científicas, queremos exponerlas en mayor detalle.

Medidas autoinformes

Una limitación de este trabajo es que en todos los estudios se utilizaron autoinformes para medir los constructos, lo que implica ciertos sesgos de respuesta, y que la varianza del método común podría afectar a los resultados (Podsakoff, MacKenzie, Lee, y Podsakoff, 2003). A pesar de ello, los cuestionarios son frecuentemente utilizados para medir la percepción que se tiene de los recursos y condiciones laborales, así como de las propias habilidades y/o dificultades personales, y hay fenómenos como en este trabajo donde resulta especialmente interesante la evaluación subjetiva que tienen los trabajadores de los mismos. Además se tomaron ciertas precauciones para reducir esos problemas como: la separación temporal (en algunos casos) de las variables predictoras y criterios, el centrar las variables medidas durante los 5 días con respecto a la media de cada individuo, y el control de los niveles generales de las variables criterio. No obstante, dado que las habilidades o dificultades emocionales, así como el apoyo social y sus efectos, se podrían ver reflejados en términos objetivos y conductuales, se necesitan desarrollar estudios que analicen estos constructos utilizando este tipo de medidas.

Además, en el caso de la intervención, hubiera sido muy interesante haber desarrollado entrevistas con los participantes en donde se hubiera podido medir cualitativamente la existencia de posibles efectos de la intervención que de forma cuantitativa a veces no se ven reflejados.

Diseño

Aunque en los estudios 1 y 2 se exploran las hipótesis con medidas repetidas longitudinales, el periodo entre una y otra evaluación fue corto y ello nos impide establecer relaciones causales entre nuestras variables. No obstante la separación temporal de algunos de los predictores y criterios nos permite tener más seguridad en la dirección propuesta en la que se relacionan las variables estudiadas. En aquellos casos donde no se produjo esa separación temporal (p.e. con los criterios de vigor y agotamiento emocional), realmente no se puede establecer esta relación causal de

ninguna manera, y en estos casos el problema de la varianza del método común es mayor. En el estudio presentado en el capítulo 4, al ser transversal tampoco se pueden establecer relaciones causales de ningún tipo. Esta limitación sugiere la necesidad de que en futuros estudios se separen temporalmente y en espacios mayores de tiempo las variables predictoras, mediadoras, y los criterios. Así mismo, se podrían poner en marcha estudios experimentales donde se investiguen la relación entre las variables exploradas.

Finalmente, en el caso de la intervención, el diseño lista de espera pudo producir un efecto no controlado, el sesgo de expectativa. Los participantes que estaban esperando a recibir la intervención podrían tener una atención extra al tratamiento que aún no estaban recibiendo. Por lo tanto, futura investigación deberá comparar el efecto de diferentes intervenciones al mismo tiempo para controlar este efecto.

Muestra

En la mayoría de estudios de este trabajo, salvo en la intervención, se utilizó la técnica bola de nieve para recolectar la muestra. Esta técnica pese a que tiene numerosas ventajas cuando se implementa un estudio que requiere de un esfuerzo considerable, también cuenta con serios inconvenientes. El más importante es que la muestra de los estudios presentados en los capítulos 2, 3, y 4 no fue aleatoria. De este modo, en el estudio del capítulo 2, puede ser que los participantes más comprometidos con su trabajo fueran aquellos que quisieran acceder a participar en un estudio que requiere tener que completar durante 5 días laborales en dos momentos del día los cuestionarios. Y en el caso del estudio del capítulo 3, pudiera ser que los trabajadores más afectados por ciertas dificultades emocionales, o por cierto malestar en el trabajo no quisieran completar los mismos.

Por otro lado, la mayor parte de la muestra fueron mujeres, aunque es sabido que el género femenino es predominante en la profesión de enfermería, y en general en el sector sanitario (CGE, 2014; de Jong et al., 2014). Los resultados de nuestras investigaciones podrían no haber sido los mismos si tenemos en cuenta que los varones podrían percibir las demandas emocionales de forma diferente a las mujeres, suelen hacer un afrontamiento más instrumental que emocional de las mismas, y expresan también de forma diferente su malestar emocional (Cottingham, 2013; Gratz y Roemer,

2004). Por lo tanto, se necesita que futuras investigaciones consideren estas cuestiones en una población mayor de enfermeros.

Además, todos los participantes procedieron de un solo país, España, con una cultura característica, y es posible que como en el punto anterior, algunos de los constructos estudiados se perciban y entiendan de forma diferente en distintas culturas. Por ejemplo, hay culturas menos colectivistas donde el apoyo de los compañeros no es tan importante como el apoyo del supervisor, o donde la expresión de dificultades emocionales en el trabajo pueda no ser bien vista ni comprendida (Albrecht y Su, 2012). Por lo tanto, las relaciones encontradas en este trabajo podrían investigarse en un contexto internacional, específicamente en otras culturas diferentes a la occidental e incluso diferentes a la cultura mediterránea.

Cabe destacar también que los participantes en los estudios de diario de este trabajo fueron trabajadores que tuvieron un turno de trabajo matutino. Esto pudo introducir el sesgo de que las demandas emocionales pudieran diferir de un turno a otro, así como los niveles de energía para hacer frente a esas demandas, debido a los ritmos biológicos (Poissonnet y Véron, 2000). Estudios futuros deberán replicar estos resultados utilizando una muestra más representativa de turnos de trabajo, especialmente el nocturno.

Otra limitación referida a la muestra fue que el número de trabajadores procedentes de centros de salud fue menor que el procedente de hospitales, especialmente en el estudio del capítulo 2. Es posible que aunque en los dos ambientes laborales podamos hablar de que existen requerimientos emocionales, éstos no sean los mismos ni percibidos por igual en un ambiente u otro. Por ejemplo, en los centros de salud el contacto con los pacientes es más familiar y estable, mientras que en los hospitales es más puntual y anónimo. La aparición de ciertas demandas en un ambiente u otro puede tener diferentes consecuencias sobre el bienestar y salud de los trabajadores en función de esta condición (Demir, Ulusoy, y Ulusoy, 2003). No obstante se controló la variable centro en este estudio para controlar este sesgo. En el futuro, sería interesante explorar en mayor profundidad las diferencias en los constructos y sus relaciones en centros de salud y hospitales por separado.

Por último, en el caso de la intervención evaluada en el capítulo 5, el reducido número de participantes y la elevada atrición limita la generabilidad y el poder estadístico de los resultados. A pesar de que la elevada atrición es normal en este tipo de estudios (Flaxman y Bond, 2008, 2010; Maclean, 2013), futuras investigaciones

deberían ampliar el número de participantes en las intervenciones, así como establecer medidas organizacionales que garanticen su asistencia y cumplimentación.

Calidad de las medidas

Prácticamente todas las escalas de nuestros estudios mostraron índices adecuados de consistencia interna, con índices alpha de Cronbach por encima del valor recomendado por Nunally de .70 (Nunally, 1970). Sin embargo, esto no fue así en la subescala de claridad emocional empleada en el estudio del capítulo 2, que no llegó a mostrar una fiabilidad adecuada algunos días. Este hecho nos lleva a preguntarnos si la adaptación de escalas que miden cómo los individuos regulan sus emociones de forma general puede extrapolarse a la evaluación de esa regulación a nivel diario. La consistencia adecuada en el resto de dimensiones y el hecho de que esa falta de fiabilidad sólo se diera algunos días parecería confirmar que sí. Además otros autores han corroborado que esta adaptación podría hacerse empíricamente con resultados bastante satisfactorios (Schraub et al., 2013).

En este mismo capítulo, dado que las demandas emocionales del trabajo se asociaron con el vigor y la vitalidad de los profesionales de enfermería, uno podría pensar que en un sector como el sanitario, las demandas emocionales en realidad fueran percibidas como un reto y no un obstáculo según la conceptualización de Cavanaugh et al. (2000) y Lepine et al. (2005). No obstante en realidad nosotros no evaluamos la percepción que los trabajadores tenían de esas demandas, por lo tanto no podemos afirmar que éstas fueron percibidas de tal manera, sino solamente concluir que las demandas emocionales se asociaron con el vigor y la vitalidad de estos profesionales.

Además, nosotros utilizamos un margen temporal de una semana y empleamos una metodología de diario para observar el efecto de las demandas emocionales sobre el vigor, vitalidad y afecto positivo de las enfermeras. Sin embargo, el rol de ciertas demandas sobre el vigor (o sobre el agotamiento) podría depender de si exploramos su relación a largo o corto plazo. Sería interesante explorar en este sentido si en estudios longitudinales con periodos más amplios la relación positiva entre demandas emocionales, motivación y bienestar se mantiene a largo plazo, o por el contrario si las demandas comenzarían a generar agotamiento (Crawford et al., 2010; Demerouti y Bakker, 2011). También sería interesante explorar si esa relación podría no ser lineal, es decir, que moderados niveles de demandas estuvieran relacionados con la motivación y

bienestar de estos profesionales, pero si se superan ciertos límites, comiencen a generar agotamiento (Schmitt et al., 2015).

Otra limitación del estudio presentado en el capítulo 2 es que la presencia de ciertas habilidades de regulación emocional se operativizó como la ausencia de ciertas dificultades emocionales. Es decir, se dio por hecho que un trabajador con una baja interferencia de sus emociones negativas a la hora de alcanzar sus metas poseía una habilidad específica para regular sus emociones. Sin embargo, la ausencia de dificultades quizá no tendría porque implicar la presencia de una habilidad. Futuras investigaciones deberán comprobar el efecto potenciador de las habilidades de regulación emocional con medidas específicas de las mismas. No obstante, los mismos autores de la escala DERS se refieren habitualmente a la presencia de habilidades emocionales cuando están ausentes estas dificultades (Gratz y Roemer, 2004; Gratz y Tull, 2010).

Por otro lado, en el estudio del capítulo tres, se utilizó el constructo de dificultades de regulación emocional como el componente estresor que podía impactar en el bienestar de los trabajadores, y se quiso ver el rol del apoyo social y la recuperación en esa relación estresor-tensión. En este sentido, nosotros exploramos el rol de un índice general de desregulación emocional. Este hecho, a pesar de estar empíricamente apoyado y validado (Gratz y Tull, 2010; Gratz et al., 2006; Hill y Updegraff, 2012), no nos ofrece información sobre qué dificultades exactas son responsables del deterioro de la salud y bienestar de los trabajadores, y cómo el apoyo y recuperación amortigua el efecto de dificultades emocionales específicas.

Por último, en el caso de la intervención, no se evaluó el cambio clínico, es decir el grado en el que un individuo se mueve de un nivel disfuncional a un nivel funcional en una determinada variable. En este sentido, en el futuro sería interesante estudiar la eficacia de intervenciones basadas en ACT utilizando medidas que empleen puntos de corte.

6.2.3. Futuras investigaciones

La intención de este apartado es sugerir futuras investigaciones que vayan más allá de las propuestas de mejora de las limitaciones anteriores como forma de estimular la investigación en la temática de este trabajo.

En primer lugar, los resultados obtenidos en el estudio presentados en el capítulo 3 apuntan a que sería interesante en el futuro comprobar el efecto mediador de las experiencias de recuperación y el apoyo social entre las dificultades de regulación emocional en el trabajo y el malestar de los profesionales (Sonnetag, 2011). Podría ser posible que presentar dificultades emocionales durante el trabajo impida una adecuada recuperación después de la jornada porque se mantenga la activación física y fisiológica activada cuando se han tenido esas dificultades (Schraub et al., 2013). También que esas dificultades nos lleven a seguir pensando sobre las mismas y/o sus consecuencias después del trabajo. O que afecten a la relación con los compañeros y supervisores y terminen agotando los recursos energéticos y el bienestar de los mismos.

Otra posibilidad es que no sólo fueran las dificultades emocionales las que predijeran el malestar, sino que el agotamiento emocional, la fatiga, y el afecto negativo del día anterior o la falta de recuperación afectara a los trabajadores al día siguiente provocándoles mayores dificultades de regulación emocional en el trabajo. Por ejemplo, los niveles de energía influyen en la valoración sobre determinados problemas personales y eventos laborales (Zohar et al., 2003), y se sabe que la falta de recursos energéticos podría limitar el acceso a otro tipo de recursos emocionales y sociales (Hobfoll y Shirom, 2002; Muraven et al., 1998).

También sería relevante explorar si la presencia de dificultades de regulación emocional podría relacionarse con un detrimento del rendimiento diario de los trabajadores. Por ejemplo, la presencia de dificultades podría afectar a los procesos atencionales y de memoria, y ello provocar ciertos errores sanitarios o una peor calidad asistencial.

Por último, de cara a la intervención, convendría que en el futuro se explorara el rol moderador de los niveles previos de estrés y agotamiento a la hora de ver a qué trabajadores les beneficia más la participación en la intervención; así como analizar el posible efecto mediador de las dificultades de regulación emocional a la hora de explicar los potenciales cambios, es decir, ver si la intervención mejoraría estas dificultades y en consecuencia el bienestar de los profesionales.

6.3. Implicaciones prácticas de este trabajo

De los resultados derivados de este trabajo se pueden obtener diversas implicaciones prácticas que podrían ser tenidas en cuenta por los trabajadores de forma individual y por las organizaciones en el ámbito sanitario.

A nivel individual

De los resultados del capítulo 2 se puede extraer que en aquellos días donde pueda haber un incremento en el nivel de demandas emocionales por el estado de los pacientes o por otras circunstancias, convendría que el profesional esté más atento a como está regulando sus emociones y si le es posible activar ciertas habilidades emocionales. El trabajador también debe reconocer y evaluar cuáles son sus fortalezas y debilidades, y en el caso de estas últimas, entrenarse adecuadamente para poder afrontar el trabajo dentro de un contexto con una elevada presencia de demandas emocionales.

Las implicaciones para el trabajador de los resultados obtenidos en el capítulo 3 nos llevan a sugerirle que en aquellos días donde presente más dificultades en la regulación de sus emociones, ponga en marcha estrategias como buscar el apoyo de los compañeros con los que tenga una relación más significativa, y ponga en práctica actividades de recuperación que favorezcan su distanciamiento psicológico y relajación cuando termine su jornada. Todo ello con el objetivo de disminuir el impacto que se ha observado que tendrían esas dificultades en su bienestar diario. Así mismo, como en el caso del estudio anterior, el trabajador también debe reconocer la presencia de estas dificultades y buscar formas de mejorar la manera en la que regula sus emociones. No obstante, estos mecanismos exigen de altos niveles de meta-conciencia y para ello los profesionales deberían recibir la formación adecuada.

Además, la inversión por parte del trabajador en establecer relaciones sociales de calidad dentro de su trabajo no sólo le puede prevenir de los efectos nocivos de ciertos estresores en su trabajo. Como se ha detectado en el capítulo 4, el apoyo social de los compañeros y supervisores puede ayudar a sentirse más motivados con el trabajo que desempeñan gracias en parte a que ese apoyo les conecta con las ganas de invertir energía y esfuerzo en las diferentes esferas de su vida. Por lo tanto, el trabajador podría implicarse en el establecimiento de relaciones de trabajo óptimas y ser un agente activo de su propio bienestar y del de los compañeros favoreciendo relaciones saludables y sin ejercer comportamientos incívicos.

Por último, se sugiere a los trabajadores sanitarios a seguir participando en actividades que le ayuden a desarrollar su flexibilidad psicológica como forma de alcanzar sus valores y metas personales guiándose por ellas y no por el control o evitación de sus emociones, pensamientos o recuerdos negativos. No obstante, este planteamiento requiere también el compromiso organizacional y el fomento de una cultura organizacional que fomente también estos valores.

A nivel organizacional

El hecho de haber demostrado en el capítulo 2 que las demandas emocionales no sólo pueden generar agotamiento y estrés entre los profesionales de enfermería, sino que también pueden generar experiencias positivas y de motivación, reflejaría que los fenómenos laborales y su impacto no son estáticos, sino más bien dinámicos, evolucionando muchas veces de forma paralela a como lo hace la sociedad y los diferentes sectores de la población. Ello implica que desde las organizaciones se debe estar constantemente evaluando como los fenómenos y procesos laborales afectan al bienestar de los trabajadores para ver como evolucionan de la mano de otras variables presentes en el entorno más inmediato o lejano de los mismos. Pero además, este hallazgo nos lleva a cuestionar los planteamientos generales acerca de si toda intervención organizacional deba implicar una reducción general de todo tipo de demanda laboral. Quizá sea más conveniente evaluar previamente cómo están siendo consideradas las demandas (preguntando a los profesionales), si son percibidas como un reto o un obstáculo, y si están generando estrés. Si no lo hacen, quizá los esfuerzos tendrían que ir dirigidos a la provisión de recursos laborales y personales más que a la reducción de ciertos tipos de demandas, lo que podría permitir que la implicación y motivación se mantenga, al mismo tiempo que se prevenga la aparición de sentimientos de desgaste a largo plazo. No obstante, esto no quiere decir que se tengan que aumentar las demandas más de lo normal para generar motivación en los trabajadores, de forma que lo que inicialmente sea un reto se convierta en una sobrecarga objetiva. Unos niveles moderados de carga serán suficientes para generar motivación cuando existan recursos disponibles para hacerles frente.

En cuanto a los esfuerzos por activar y generar estos recursos, este trabajo ha mostrado que aumentar las competencias emocionales de los profesionales de enfermería podría provocar que trabajar con emociones sea una fuente de satisfacción para estos profesionales porque de esta manera el trabajador puede sentir mayor control,

confianza y auto-eficacia cuando está en un contexto emocionalmente demandante. Por lo tanto, es fundamental el desarrollo de programas dirigidos al desarrollo de habilidades de regulación emocional y aprendizaje de técnicas para afrontar las demandas emocionales del trabajo y del día a día en general (Queiros et al., 2013; Littejohn, 2012). Las organizaciones en este sentido deben invertir en este tipo de programas y los supervisores reclamarlos para formar y reforzar a sus equipos. Incluso yendo más allá, sería interesante que los estudiantes de enfermería se incorporaran ya al mundo profesional habiendo tenido la oportunidad de haber participado en programas que potencien el desarrollo de sus competencias emocionales (Montes-Berges y Augusto Landa, 2014). Desde los planteamientos expuestos en este trabajo, nosotros apostamos por el desarrollo de programas basados en la terapia ACT y mindfulness como forma de trabajar estas competencias (Shapiro et al., 2005).

Los altos índices de satisfacción encontrados con la intervención informada en el capítulo 5 indican que este tipo de intervenciones están teniendo una buena acogida entre los profesionales de enfermería, como muestran también otros estudios (Bazarko et al., 2013; Cohen-Katz et al., 2005; Gauthier et al., 2015; Martín-Asuero y García-Banda, 2010). La alta satisfacción podría deberse a que por ejemplo los principios y teoría de mindfulness se ajusta bastante a la práctica de la enfermería, a su paradigma de cuidado humanístico. Por ejemplo la promoción de la sensibilidad, comprensión, conexión y consciencia personal y de los otros (MacKenzie et al., 2006). Su inclusión como parte de la formación continuada podría ser altamente valorada por los profesionales y ser una estrategia de bajo coste que pueda influir en la retención de los trabajadores (Martín-Asuero y García-Banda, 2010; Zeller y Levin, 2013). No obstante, es muy importante señalar que la puesta en marcha de acciones dirigidas exclusivamente al trabajador sin modificar ningún aspecto de la organización puede ser cuestionado desde el punto de vista ético, a largo plazo no resolver nada y no ser eficaz. Además podría generar desmotivación en los trabajadores que ven cómo sólo se implementan medidas dirigidas a su resistencia frente al estrés, y no se trata de enseñar a los trabajadores a desarrollar su actividad en lugares poco saludables (Flaxman y Bond, 2010). Por ello, se requiere también poner en marcha medidas organizacionales junto con medidas dirigidas al trabajador para reducir los niveles de estrés y aumentar el bienestar y salud del trabajador (Giga et al., 2003).

Por otro lado, el hallazgo encontrado en este trabajo acerca de la presencia de dificultades de regulación emocional entre los trabajadores, y sus efectos sobre su

bienestar y salud también tiene implicaciones para las organizaciones. Éstas podrían identificar a los profesionales que están teniendo dificultades emocionales en su trabajo y poner en marcha medidas preventivas que les ayuden a manejarlas y prevenir sus consecuencias (Gálvez-Herrer y Solé-Gómez, 2015; Teng et al., 2009). Como señalan Gálvez-Herrer y Solé-Gómez (2015), el entorno laboral es un lugar propicio para apoyar a los trabajadores con alteraciones emocionales. Según estas autoras, algunos de los factores que favorecen su salud emocional van a ser contar con el debido apoyo social y percibirse como parte del grupo de trabajo, es decir, tener sensación de inclusión. En este sentido sería interesante trabajar por la construcción de equipos estables, cohesionados y donde reine un clima positivo y de apoyo entre sus miembros. La supervisión y el estilo de liderazgo tendrán un papel fundamental en ello.

Así mismo, las organizaciones sanitarias pueden incrementar los recursos de apoyo emocional dentro del trabajo, por ejemplo, favoreciendo que trabajadores y supervisores tengan lugares de encuentro en los que se pueda hablar y expresar sobre emociones generadas por el trabajo. Pero no sólo favoreciendo esos espacios y/o encuentros, sino también formando a los trabajadores a que sean capaces ellos mismos de encontrar ese apoyo cuando lo necesitan (Van de ven et al., 2013). Por ejemplo, mediante intervenciones basadas en job crafting se les podría instar a los trabajadores a aumentar sus relaciones sociales dentro de la organización y obtener más apoyo.

De los resultados alcanzados en este trabajo también se deriva que las medidas preventivas y de promoción de la salud deberán contener al mismo tiempo acciones dirigidas a favorecer que los profesionales puedan recuperarse del esfuerzo realizado durante su jornada de trabajo. En este sentido, se recomienda la implementación de programas de autocuidado dentro de la organización y la instauración de políticas de conciliación trabajo-familia que permitan esa recuperación. Por ejemplo, las organizaciones pueden favorecer que el trabajador tome descansos durante su jornada de trabajo como medida que le permita restablecer sus niveles de energía. También dar con suficiente antelación la programación semanal de turnos de trabajo e intentar respetarla al máximo para que el trabajador pueda organizarse y comprometerse también con su vida personal. Por otro lado, el distanciamiento psicológico y la relajación se podría favorecer mediante entrenamientos en mindfulness u otras prácticas de naturaleza meditativa (Sonnentag, 2011; Van Hooff y Baas, 2013).

Para contribuir a todo esto sería importante el desarrollo de un plan de promoción de la salud mental dentro de las organizaciones con el objetivo de crear entornos

estimulantes de trabajo, reducir las fuentes de estrés, favorecer la resiliencia de los trabajadores y fomentar una cultura de equidad y justicia donde no se produzca estigma ni discriminación a los trabajadores con mayores dificultades (Gálvez-Herrer y Solé-Gómez, 2015). En este sentido, la inclusión de psicólogos de la salud dentro del servicio de prevención de riesgos laborales capaces de dar respuesta a los problemas que presentan algunos trabajadores a la hora de regular sus emociones y de desarrollar formaciones y entrenamientos específicos dirigidos a promover aspectos como la gestión eficaz de las emociones, el autocuidado, o la cohesión del grupo puede ser una medida de enorme valía.

Creemos que unos profesionales satisfechos, que lleven a cabo un buen afrontamiento de sus dificultades personales, que reciban apoyo en el trabajo, que tengan buenas reservas de niveles de energía, y que además encuentren sentido y significado en sus actividades, experimentarían mayores niveles de salud y bienestar en el trabajo. Y no sólo eso, también es posible que sean algunos de los factores clave que ayuden a las enfermeras a hacer frente a algunos de los retos que se le presentan en su profesión, como la intención de permanecer en ella con altos niveles de compromiso. Con ello, todas las políticas e iniciativas organizacionales que se pongan en marcha, así como las medidas individuales que hemos mencionado para promocionar todos estos aspectos serán de extrema importancia.

Referencias

- Adelmann, P. K. (1995). Emotional labor as a potential source of job stress. En S.L. Santer y L. R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress* (pp. 371-381). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10173-023
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., y Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Åhsberg, E., Garnberale, F., y Kjellberg, A. (1997). Perceived quality of fatigue during different occupational tasks: Development of a questionnaire. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20(2), 121-135. doi: 10.1016/S0169-8141(96)00044-3
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., y Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993. doi: 10.1001/jama.288.16.1987
- Akerjordet, K., y Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170. doi: 10.1111/j.1440-0979.2004.0328.x
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., y Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & stress*, 23(3), 244-263. doi: 10.1080/02678370903282600
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Alberola, E. G., Gil-Monte, P. R., Juegas, J. A. G., y Ferraz, H. F. (2009). Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en enfermería. *Ciencia y Trabajo*, 32, 72-11.
- Alberts, H. J., Schneider, F., y Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 26(5), 863-870. doi: 10.1080/02699931.2011.625402

- Albrecht, S.L. (2010). *Handbook of employee engagement: Perspectives, issues, research and practice*. Glos, England: Edward Elgar. doi: 10.1080/13678868.2011.618285
- Albrecht, S. L., y Su, M. J. (2012). Job resources and employee engagement in a Chinese context: The mediating role of job meaningfulness, felt obligation and positive mood. *International Journal of Business and Emerging Market*, 4(4), 277-292. doi:10.1504/ijbem.2012.049823
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Allen, T. D., y Kiburz, K. M. (2012). Trait mindfulness and work–family balance among working parents: The mediating effects of vitality and sleep quality. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 372-379. doi: 10.1016/j.jvb.2011.09.002
- Allen, J., y Mellor, D. (2002). Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24(8), 905-917. doi: 10.1177/019394502237701
- Amutio, A., Martínez-Taboada, C., Hermosilla, D., y Delgado, L. C. (2015). Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a mindfulness training program: A one-year study. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 720-731. doi: 10.1080/13548506.2014.986143
- Ando, M., Natsume, T., Kukihara, H., Shibata, H., y Ito, S. (2011). Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*, 3(2), 108-122. doi: 10.4236/health.2011.32022
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass. doi:10.4135/9781446221129.n9
- Ashforth, B. E., y Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88-115. doi: 10.2307/258824
- Atanes, A. C., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., ... y Demarzo, M. M. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1), 1-7.

- Atkins, P. W., y Parker, S. K. (2012). Understanding individual compassion in organizations: The role of appraisals and psychological flexibility. *Academy of Management Review*, 37(4), 524-546. doi: 10.5465/amr.10.0490
- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Berrios Martos, M. P., y Aguilar-Luzón, M. D. C.(2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 888-901. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baines, C.T., Evans, P.M., y Neysrmth, S.M. (1991). *Women's caring: Afermnist perspective on social welfare*. Toronto: McLelland y Stewart. doi: 10.1016/0277-9536(93)90044-5
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 107-115. doi: 10.5093/tr2013a16
- Bakker, A. B., Demerouti, E., y Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389-411. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Bakker, A. B., Demerouti, E., y Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104. doi:10.1002/hrm.20004
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., y Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274-284. doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274
- Bakker, A. B., y Heuven, E. (2006). Emotional dissonance, burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 423-440. doi: 10.1037/1072-5245.13.4.423
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., y Schaufeli, W. B. (2000). Effort–reward

- imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01361.x
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., y Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276-287. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x
- Bakker, A. B., y Sanz-Vergel, A. I. (2013). Weekly work engagement and flourishing: The role of hindrance and challenge job demands. *Journal of Vocational Behavior*, 83(3), 397-409. doi: 10.1016/j.jvb.2013.06.008
- Bakker, A. B., van Emmerik, I. H., Geurts, S. A., y Demerouti, E. (2008). Recovery turns job demands into challenges: A diary study on work engagement and performance. *Unpublished Working paper. Erasmus Universtiy.*
- Barkham, M., y Shapiro, D. A. (1990). Brief psychotherapeutic interventions for job-related distress: A pilot study of prescriptive and exploratory therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 3(2), 133-147. doi: 10.1080/09515079008254242
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., y Tice, D. M. (1998). Ego depletion: is the active self a limited resource?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265. doi: 10.1037/0022-3514.74.5.1252
- Baumeister, R. F., y Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. En C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 608-618). Oxford: Oxford University Press.
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., y Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. doi: 10.1080/15555240.2013.779518
- Beblo, T., Pastuszak, A., Gripenstroh, J., Fernando, S., Driessen, M., Schütz, A., Rentzsch, K. y Schlosser, N. (2010). Self-reported emotional dysregulation but no impairment of emotional intelligence in borderline personality disorder. An explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 385-388. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181da4b4f

- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10. Doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.005
- Binnewies, C., Sonnentag, S., y Mojza, E. J. (2010). Recovery during the weekend and fluctuations in weekly job performance: a week-level study examining intra-individual relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(2), 419-441. doi: 10.1348/096317909X418049
- Biron, M., y van Veldhoven, M. (2012). Emotional labour in service work: Psychological flexibility and emotion regulation. *Human Relations*, 65(10), 1259-1282. doi: 10.1177/0018726712447832
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Bolton, S. C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 580-586. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01516.x
- Bonanno, G. A., y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612. doi: 10.1177/1745691613504116
- Bond, F. W. (2004). ACT for stress. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 275 –293). New York: Springer-Verlag.
- Bond, F. W., y Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156-163. doi: 10.1037//1076-8998.5.1.156
- Bond, F. W., y Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067. doi: 10.1037/0021-9010.88.6.1057
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., y Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 645-654. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.645
- Bond, F. W., Lloyd, J., y Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring

- psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3), 331-347. doi: 10.1111/joop.12001
- Bond, F. W., y Hayes, S. C. (2002). ACT at work. En Bond, F. and Dryden, W. (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 117-140). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470713020
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bourbonnais, R., Comeau, M., y Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 95-107. doi: 10.1037//1076-8998.4.2.95
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., y Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6), 389-398. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.009
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 501-510. doi: 10.1007/s10608-005-3888-0
- Broom, A., Kirby, E., Good, P., Wootton, J., Yates, P., y Hardy, J. (2014). Negotiating Futility, Managing Emotions Nursing the Transition to Palliative Care. *Qualitative Health Research*, 25(3), 299-309. doi: 10.1177/1049732314553123
- Brotheridge, C. M., y Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17-39. doi: 10.1006/jvbe.2001.1815
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., y Dienger, J. (2013). The importance of supervisor–nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 827-837. doi: 10.1111/jonm.12111
- Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., y Fiksenbaum, L. (2012). Job demands, social

- support, work satisfaction and psychological well-being among nurses in Spain. *ESADE Business School Research Paper*, 233, 1-31.
- Cadman, C., y Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324. doi: 10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x
- Callaham y McCollum (2002). Obscured variability: The distinction between emotion work and emotional labor. En N.M., Ashkanasy, W.J., Zerbe, y C.E. Härtel (eds.), *Managing emotions in the workplace* (p.219-231). Armonk, NY: M. E. Sharpe
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251-1263. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.001
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E., y Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626. doi: 10.1002/jclp.20579
- Carter, M. R., y Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: What factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589-1600. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x
- Cavanaugh, M. A., Boswell, W. R., Roehling, M. V., y Boudreau, J. W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among US managers. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 65-74. doi: 10.1037/0021-9010.85.1.65
- Chambers, R., Lo, B.C., y Allen N.B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303–322. doi: 10.1007/s10608-007-9119-0
- Chana, N., Kennedy, P., y Chessell, Z. J. (2015). Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2835-2848.
- Cheung, F. Y., y Tang, C. S. (2007). The influence of emotional dissonance and resources at work on job burnout among chinese human service

- employees. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 72-87. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.14.1.72>
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600. doi: 10.1089/acm.2008.0495
- Chou, H. Y., Hecker, R. O. B., y Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources: a cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 502-511. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01305.x
- Ciarrochi, J., y Scott, G. (2006). The link between emotional competence and well-being: A longitudinal study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(2), 231-243. doi: 10.1080/03069880600583287
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., y Lohr, J. M. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 34-46. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.007
- Clark, D. M. T., y Loxton, N. J. (2012). Fear, psychological acceptance, job demands and employee work engagement: An integrative moderated meditation model. *Personality and Individual Differences*, 52(8), 893-897. doi: 10.1016/j.paid.2012.01.022
- Clausen, T., Nielsen, K., Carneiro, I. G., y Borg, V. (2012). Job demands, job resources and long-term sickness absence in the Danish eldercare services: a prospective analysis of register-based outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 127-136. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05724.x
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. doi: 10.4324/9780203771587
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., y Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26-35. doi: 10.1097/00004650-200501000-00008
- Cole, M. S., Bruch, H., y Vogel, B. (2012). Energy at work: A measurement validation and linkage to unit effectiveness. *Journal of Organizational Behavior*, 33(4), 445-467. doi: 10.1002/job.759
- Consejo General de Enfermería. (2014). Informe sobre recursos humanos sanitarios en

España y la Unión Europea. Barcelona.

- Converso, D., Loera, B., Viotti, S., & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1-11. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.00470
- Conway, A. R., Kane, M. J., Bunting, M. F., Hambrick, D. Z., Wilhelm, O., y Engle, R. W. (2005). Working memory span tasks: A methodological review and user's guide. *Psychonomic Bulletin & Review*, *12*(5), 769-786. doi: 10.3758/bf03196772
- Cortese, C. G., Colombo, L., y Ghislieri, C. (2010). Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of Nursing Management*, *18*(1), 35-43. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01064.x
- Cottingham, M. (2013). *Men Who Care: How Organizations and Individuals Negotiate Masculinity, Emotional Capital, and Emotion Practice in Nursing*. (Electronic Thesis or Dissertation, The University of Akron, USA). Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>
- Crawford, E. R., LePine, J. A., y Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, *95*(5), 834-848. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.001
- Dahl, J., Wilson, K. G., y Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, *35*(4), 785-801. doi: 10.1016/s0005-7894(04)80020-0
- Daniels, K., y Jonge, J. (2010). Match making and match breaking: The nature of match within and around job design. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *83*(1), 1-16. doi: 10.1348/096317909x485144
- Deci, E. L., Connell, J. P., y Ryan, R. M. (1989). Self-determination in a work organization. *Journal of Applied Psychology*, *74*(4), 580-590. doi: 10.1037/0021-9010.74.4.580
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, *13*(2), 39-80. doi: 10.1016/s0065-2601(08)60130-6
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human*

behavior. New York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4899-2271-7

- Decker, F. H. (1997). Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing & Health*, 20(5), 453-464.
- de Jong, Bos, Pawlowska-Cypriasiak, Hildt-Ciupińska, Malińska, Nicolescu, Trifu. European Agency for Safety and Health at work. (2014). *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- De Jonge, J., Demerouti, E., y Dormann, C. (2013). Current theoretical perspectives in work psychology. En M. C. W. Peeters, J. De Jonge, y T. W. Taris (Eds.), *An introduction to contemporary work psychology* (pp. 89 –114). Chichester, United Kingdom: Wiley
- De Jonge, J., y Dormann, C. (2003). The DISC model: Demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. En M. F. Dollard, H. R. Winefield, y A. H. Winefield (Eds.), *Occupational stress in the service professions* (pp. 43–74). London: Taylor & Francis
- De Jonge, J., y Dormann, C. (2006). Stressors, resources, and strain at work: a longitudinal test of the triple-match principle. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1359-1374. doi: 10.1037/0021-9010.91.5.1359
- De Jonge, J., Gevers, J., y Dollard, M. (2014). Managing employee creativity and health in nursing homes: The moderating role of matching job resources and matching occupational rewards. *International Journal of Stress Management*, 21(4), 361-383. doi: 10.1037/a0038149
- De Jonge, J., Le Blanc, P. M., Peeters, M. C., y Noordam, H. (2008). Emotional job demands and the role of matching job resources: A cross-sectional survey study among health care workers. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1460-1469. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.11.002
- De Jonge, J., Spoor, E., Sonnentag, S., Dormann, C., y Van den Tooren, M. (2012). “Take a break?!” Off-job recovery, job demands, and job resources as predictors of health, active learning, and creativity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(3), 321-348. doi: 10.1080/1359432X.2011.576009
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M. N., Reyes del Paso, G., y Vila, J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a

- training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 873-882. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.012
- Demerouti, E., y Bakker, A. B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 01-09.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., (2014). Job crafting. En M.C.W. Peeters, J. de Jonge, y T.W. Taris (Eds.), *An Introduction to Contemporary Work Psychology* (pp. 414–433). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Geurts, S. A. E., y Taris, T. W. (2009). Daily recovery from work-related effort during non-work time. En S. Sonnentag, P. L. Perrewé, & D. C. Ganster (Eds.), *Current perspectives on job-stress recovery: Research in occupational stress and well being* (pp. 85–123). Bingley: JAI Press
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499. doi:10.1037/0021-9010.86.3.499
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Sonnentag, S., y Fullagar, C. J. (2012). Work-related flow and energy at work and at home: A study on the role of daily recovery. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 276-295. doi: 10.1002/job.760
- Demir, A., Ulusoy, M., y Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 807-827. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00077-4
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332. doi: 10.1016/S0020-7489(02)00092-5
- De Vries, J., y Van Heck, G. L. (2002). Fatigue: relationships with basic personality and temperament dimensions. *Personality and Individual Differences*, 33(8), 1311-1324. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00015-6
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., y Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 170-186. doi: 10.1037/a0021725

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi: 10.1037//0033-2909.125.2.276
- Domínguez-Alcón, C. (1979). Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Reis*, 8, 103-129.
- Donaldson-Feilder, E., y Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance* é, 187-203. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.11.002
- Donoso, L. M. B., Demerouti, E., Garrosa-Hernández, E., Moreno-Jiménez, B., y Carmona-Cobo, I. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 804-816. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.002
- Drach-Zahavy, A., y Marzuq, N. (2013). The weekend matters: Exploring when and how nurses best recover from work stress. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 578-589. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06033.x
- Edgar, L. (1998). Nurses' motivation and its relationship to the characteristics of nursing care delivery systems: a test of the job characteristics model. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 14-22. doi: 10.12927/cjnl.1999.19067
- Efinger, J., Nelson, L. C., & Starr, J. M. W. (1995). Understanding Circadian Rhythms A Holistic Approach to Nurses and Shift Work. *Journal of Holistic Nursing*, 13(4), 306-322. doi: 10.1177/089801019501300403
- Epstein, R. M. (2003). Mindful practice in action (I): Technical competence, evidence-based medicine, and relationship-centered care. *Families, Systems, & Health*, 21(1), 1-9. doi: 10.1037/h0089494
- Escribà-Agüir, V., Mas Pons, R., y Flores Reus, E. (2001). Validation of the Job Content Questionnaire in hospital nursing staff. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 142-149. doi: 10.1016/S0213-9111(01)71533-6
- Etzion, D., Eden, D., y Lapidot, Y. (1998). Relief from job stressors and burnout: Reserve service as a respite. *Journal of Applied Psychology*, 83(4), 577-585. doi: 10.1037/0021-9010.83.4.577
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Meta-Mood Scale.

Personality and Individual Differences, 39(5), 937-948. doi: 10.1016/j.paid.2005.03.012

Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. *Work & Stress*, 11(2), 134-147. doi:10.1080/02678379708256830

Fernet, C., Austin, S., Trépanier, S.G., y Dussault, M. (2012). How do job characteristics contribute to burnout? Exploring the distinct mediating roles of perceived autonomy, competence, and relatedness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(2), 123-137. doi:10.1080/1359432x.2011.632161

Fisher, C. D., y To, M. L. (2012). Using experience sampling methodology in organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 865-877. doi: 10.1002/job.1803

Flaxman, P. E. y Bond, F.W. (2006). Acceptance and Commitment Therapy in the workplace. In Baer, R. (Ed), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 377-402). San Diego, CA: Elsevier. doi: 10.1016/b978-012088519-0/50018-6

Flaxman, P. E., y Bond, F. W. (2010a). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 816-820. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.004

Flaxman, P. E., y Bond, F. W. (2010b). Worksite stress management training: moderated effects and clinical significance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 347-358. doi: 10.1037/a0020522

Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., y Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.12.006

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., y Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799. doi: 10.1177/0145445507302202

Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., y Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114

- Fourie, L., Rothmann, S., y Van de Vijver, F. J. (2008). A model of work wellness for non-professional counsellors in South Africa. *Stress and Health*, 24(1), 35-47. doi:10.1002/smi.1163
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R., y Bene Captain, B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 577-584. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01857.x
- Franco, J. C. (2010). Reducing stress levels and anxiety in primary-care physicians through training and practice of a mindfulness meditation technique. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 42(11), 564-570. doi: 10.1016/j.aprim.2009.10.020
- Fredrickson, B. L. (2000). Why positive emotions matter in organizations: Lessons from the broaden-and-build model. *The Psychologist-Manager Journal*, 4(2), 131-142. doi: 10.1037/h0095887
- French, J. R. P., Caplan, R. D., y van Harrison, R. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester, UK: Wiley.
- French, S. E., Lenton, R., Walters, V., y Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 161-178.
- Freeney, Y. M., y Tiernan, J. (2009). Exploration of the facilitators of and barriers to work engagement in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1557-1565. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.003
- Frisvold, M. H., Lindquist, R., y McAlpine, C. P. (2012). Living Life in the Balance at Midlife Lessons Learned From Mindfulness. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 265-278. doi: 10.1177/0193945911424171
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., López-Zorraquino, D., Gómez-García, T., y González-María, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, 22(5), 261-268. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.001
- Gabel-Shemueli, R., Dolan, S. L., y Ceretti, A. S. (2014). Being engaged: The multiple interactions between job demands and job resources and its impact on nurses engagement. *International Journal of Nursing*, 3(2), 17-32.
- Gálvez-Herrer, M., Moreno-Jiménez, B., y Adán, J. C. M. (2009). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Gálvez-Herrer, M., y Solé-Gómez, M.D. (2015). *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. Notas técnicas de prevención 1045. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., y Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 849-864. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.002
- Garrosa, E. (2003). *Los procesos emocionales de asistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería*. Tesis doctoral publicada por la Universidad Autónoma de Madrid. Recuperada de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/13196>
- Garrosa, E., Carmona-Cobo, I., Blanco, L.M. (2013). Emociones positivas laborales. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (eds), *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 383-402). Madrid: Pirámide.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y., y González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(3), 418-427. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.09.003
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., y Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(4), 479-489. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004
- Gauthier, T., Meyer, R. M., Grefe, D., y Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing*, *30*(2), 402-409. doi: 10.1016/j.pedn.2014.10.005
- Geurts, S. A., y Sonnentag, S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 482-492.
- Giardini, A., y Frese, M. (2006). Reducing the negative effects of emotion work in service occupations: emotional competence as a psychological resource. *Journal of Occupational Health Psychology*, *11*(1), 63-75. doi: 10.1037/1076-8998.11.1.63

- Giga, S. I., Cooper, C. L., y Faragher, B. (2003). The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International Journal of Stress Management*, 10(4), 280-296. doi: 10.1057/9781137309341.0013
- Gil-Monte, P. R., García-Jueas, J. A., y Hernández, M. C. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 113-118.
- Glen, S. (1998). Emotional and motivational tendencies: the key to quality nursing care? *Nursing Ethics*, 5(1), 36-42.
- Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E., y Yang, T. (2011). Mindfulness at work. En J. Martocchio, H. Liao, y A. Joshi (Eds.), *Research in personnel and human resource management* (pp. 115–157). doi: 10.1108/S0742-7301(2011)0000030005
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York, NY: Bantam Books
- González, J. L.G., Moreno-Jiménez, B., Garrosa E. H., y López, A. L. (2005). Spanish version of the Swedish Occupational Fatigue Inventory (SOFI): Factorial replication, reliability and validity. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 35(8), 737-746. doi: 10.1016/j.ergon.2005.02.007
- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., ... y Lazar, S. W. (2015). Contemplating Mindfulness at Work An Integrative Review. *Journal of Management*, doi: 10.1177/0149206315617003
- Goodman, M. J., y Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119-128. doi: 10.2190/PM.43.2.b
- Gordon, H. J., Demerouti, E., Le Blanc, P. M., y Bipp, T. (2015). Job Crafting and Performance of Dutch and American Health Care Professionals. *Journal of Personnel Psychology*, 14(4), 192-202. doi: 10.1027/1866-5888/a000138
- Görgens-Ekermans, G., y Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress–burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2275-2285. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x

- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95-110. doi: 10.1037/1076-8998.5.1.95
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 850-855. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.850
- Gratz, K. L., y Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy and Research, 34*(6), 544-553. doi: 10.1007/s10608-009-9268-4
- Greenberg, J., Reiner, K., y Meiran, N. (2012). “Mind the trap”: mindfulness practice reduces cognitive rigidity. *PloS One, 7*(5), e36206. doi: 10.1371/journal.pone.0036206
- Gross J. J. (2008). Emotion regulation. En M., Lewis, J.M., Haviland-Jones, L.F. (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 497–512). New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(1), 95-103. doi: 10.1037/0021-843X.106.1.95
- Gross, J. J., y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151-164.
- Grossman, P. (2011). Defining Mindfulness by “how poorly I think I pay attention during everyday awareness” and other intractable problems for psychology’s (re)invention of Mindfulness. *Psychological Assessment, 23*, 1034-1040. doi: 10.1037/a0022713
- Hackman, J. R., y Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology, 60*(2), 159-170. doi:10.1037/h0076546
- Halbesleben, J. R. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with

- burnout, demands, resources, and consequences. *Work engagement: A handbook of essential theory and research*, 8, 102-117.
- Happell, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M., y Gaskin, C. J. (2013). Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, 21(4), 638-647. doi: 10.1111/jonm.12037
- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., y Borrill, C. S. (1997). Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 83-92. doi: 10.1016/s0022-3999(97)00019-6
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: 10.1016/s0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A PostSkinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, B., Bonner, A. N. N., y Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804-814.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, USA: Guilford Press. doi: 10.1016/s0022-3999(97)00019-6
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... y Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross-sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clinical and Health*, 19(2), 139-156. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>

- Heuven, E., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., y Huisman, N. (2006). The role of self-efficacy in performing emotion work. *Journal of Vocational Behavior*, 69(2), 222-235. doi: 10.1016/j.jvb.2006.03.002
- Hill, C. L., y Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90. doi: 10.1037/a0026355
- Hill, J. M., Vernig, P. M., Lee, J. K., Brown, C., y Orsillo, S. M. (2011). The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 969-980. doi: 10.1002/jclp.20813
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. doi: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337-421. doi: 10.1111/1464-0597.00062
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324. doi: 10.1037/1089-2680.6.4.307
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 116-122. doi: 10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., y Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632-643. doi: 10.1037/0022-3514.84.3.632
- Hobfoll, S. E., y Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. En R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organization behavior* (pp. 57– 81). New York: Dekker.
- Hobfoll, S. E., y Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (pp. 57– 81). New York, NY: Dekker.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-

- based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Hosseinaei, A., Ahadi, H., Fata, L., Heidarei, A. R., y Mazaheri, M. M. (2013). A study on the effect of group acceptance and commitment therapy (ACT) instruction on the job stress and job satisfaction. *Journal of American Science*, 9(1), 217-226.
- Hox, J. J. (2002). *Multilevel analysis: Techniques and applications*. London: Erlbaum. doi: 10.4324/9781410604118
- Hox, J.J., y Roberts, J.K. (2011). Multilevel analysis: Where we were and where we are. En J.J. Hox y J.K. Roberts (Eds.), *Handbook of advanced multilevel analysis* (pp. 1–11). New York: Routledge. doi: 10.1007/s11336-013-9351-3
- Huang, J., Wang, Y., y You, X. (2015). The job demands-resources model and job burnout: The mediating role of personal resources. *Current Psychology*. Advance online publication. doi:10.1007/s12144-015-9321-2
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J., Feinholdt, A., y Lang, J. W. (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310-325. doi: 10.1037/a0031313
- Hülshager, U. R., Feinholdt, A., y Nübold, A. (2015). A low-dose mindfulness intervention and recovery from work: Effects on psychological detachment, sleep quality, and sleep duration. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 464-489. doi: 10.1111/joop.12115
- Hülshager, U. R., y Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 361-389. doi: 10.1037/a0022876
- Inoue, A., Kawakami, N., Tsutsumi, A., Shimazu, A., Miyaki, K., Takahashi, M., ... y Kosugi, Y. (2014). Association of job demands with work engagement of Japanese employees: comparison of challenges with hindrances (J-HOPE). *PLoS one*, 9(3), e91583. doi: 10.1371/journal.pone.0091583
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., y Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 61-66. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.01.002

- Isenbarger, L., y Zembylas, M. (2006). The emotional labour of caring in teaching. *Teaching and Teacher Education*, 22(1), 120-134. doi: 10.1016/j.tate.2005.07.002
- Jackson, D., Firtko, A., y Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x
- Janssen, P. P., De Jonge, J., y Bakker, A. B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1360-1369. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01022.x
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M. B., y Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 865-875. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05526.x
- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., y Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10(1), 54-64. doi: 10.1037/a0018438
- Jones, M.C. y Johnson, D.W. (2000). Reducing stress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 66-74. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01421.x
- Jones, G., Hocine, M., Salomon, J., Dab, W., y Temime, L. (2015). Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurses' aides: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 250-259. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.015
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. doi:10.2307/256287
- Kalyani, M., Kashkooli, R., Molazem, Z., y Jamshidi, N. (2014). Qualitative Inquiry into the Patients' Expectations regarding Nurses and Nursing Care, *Advances in Nursing*, vol. 2014, Article ID 647653.

- Kanfer, R., y Kantrowitz, T. M. (2002). Emotion regulation: Command and control of emotion in work life. *Emotions in the workplace: Understanding the structure and role of emotions in organizational behavior*, 433-472. doi: 10.1177/001872670405701008
- Kanste, O. (2011). Work engagement, work commitment and their association with well-being in health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 754-761. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00888.x
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., y Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Karasek, R., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., y Couper, G. E. (2014). Emotional rescue: The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 176-186.
- Kashdan, T. B., y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kaufmann, G. M., y Beehr, T. A. (1986). Interactions between job stressors and social support: Some counterintuitive results. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 522-526. doi: 10.1037/0021-9010.71.3.522
- Keng, S. L., Smoski, M. J., y Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- King, D. (2012). It's frustrating! Managing emotional dissonance in aged care work. *The Australian Journal of Social Issues*, 47(1), 51-70. Retrieved from <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=094825746747856;res=I-ELFSC>
- Klatt, M. D., Buckworth, J., y Malarkey, W. B. (2009). Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR) on working adults. *Health Education & Behavior*, 36(3), 601-614. doi: 10.1177/1090198108317627

- Klotz, A. C., y Bolino, M. C. (2013). Citizenship and counterproductive work behavior: A moral licensing view. *Academy of Management Review*, 38(2), 292-306. doi: 10.5465/amr.2011.0109
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., y Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*, 302(12), 1284-1293. doi: 10.1001/jama.2009.1384.
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., y Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23(3), 130-138. doi: 10.1016/j.apnr.2008.08.002
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. y Muller, K. (1988). *Applied regression analysis and other multivariate methods*. Boston: PWS-Kent.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kunert, K., King, M. L., y Kolkhorst, F. W. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(8), 30-37.
- Ladstätter, F., Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Ponsoda, V., Reales Aviles, J. M., & Dai, J. (2015). Expanding the occupational health methodology: A concatenated artificial neural network approach to model the burnout process in Chinese nurses. *Ergonomics*, 59(2),1-15. doi: 10.1080/00140139.2015.1061141
- Lan, H. K., Subramanian, P., Rahmat, N., y Kar, P. C. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 22-31.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., y Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x
- Lavoie-Tremblay, M., Trépanier, S. G., Fernet, C., & Bonneville-Roussy, A. (2014). Testing and extending the triple match principle in the nursing profession: a generational perspective on job demands, job resources and strain at work. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 310-322. doi: 10.1111/jan.12188

- Lawrence, S. A., Troth, A. C., Jordan, P. J., y Collins, A. L. (2011). A review of emotion regulation and development of a framework for emotion regulation in the workplace. En P. L. Perrewé y D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 9, pp. 197–263). Bingley, UK: Emerald. doi: 10.1108/S1479-3555(2011)0000009010
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Peeters, M. C., van Heesch, N. C., y Schaufeli, W. B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress and Coping, 14*(3), 243-263. doi: 10.1080/10615800108248356
- Lee, R. T., y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 81*(2), 123-133. doi: 10.1037/0021-9010.81.2.123
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 331-339.
- LePine, J. A., Podsakoff, N. P., y LePine, M. A. (2005). A meta-analytic test of the challenge stressor–hindrance stressor framework: An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of Management Journal, 48*(5), 764-775.
- Leroy, H., Anseel, F., Dimitrova, N. G., y Sels, L. (2013). Mindfulness, authentic functioning, and work engagement: A growth modeling approach. *Journal of Vocational Behavior, 82*(3), 238-247. doi: 10.1016/j.jvb.2013.01.012
- Lilius, J. M. (2012). Recovery at work: Understanding the restorative side of “depleting” client interactions. *Academy of Management Review, 37*(4), 569-588. doi: 10.5465/amr.2010.0458
- Littlejohn, P. (2012). The missing link: Using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions. *Journal of Professional Nursing, 28*(6), 360-368. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.04.006
- Liu, Y., Prati, L. M., Perrewé, P. L., y Brymer, R. A. (2010). Individual Differences in Emotion Regulation, Emotional Experiences at Work, and Work-related Outcomes: A Two-Study Investigation. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(6), 1515-1538. doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00627.x
- Lloyd, J., Bond, F. W., y Flaxman, P. E. (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural

- therapy intervention for burnout. *Work & Stress*, 27(2), 181-199. doi: 10.1080/02678373.2013.782157
- Losa-Iglesias, M. E., Vallejo, R. B. D. B., y Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014
- Lu, H., While, A. E., y Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003
- McCracken, L. M., y Yang, S. Y. (2008). A contextual cognitive-behavioral analysis of rehabilitation workers' health and well-being: Influences of acceptance, mindfulness, and values-based action. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 479-485. doi: 10.1037/a0012854
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., y Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
- Mackinnon, A., Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., y Rodgers, B. (1999). A short form of the Positive and Negative Affect Schedule: Evaluation of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 27(3), 405-416. doi: 10.1016/s0191-8869(98)00251-7
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., y Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7(1), 83-104. doi: 10.1037//1082-989x.7.1.83
- Maclean, K. (2013). *ACT at Work: Feasibility study of an acceptance based intervention to promote mental health well-being and work engagement in mental health service staff* (Doctoral dissertation, University of Glasgow, UK). Retrieved from <http://theses.gla.ac.uk/4630/>
- MacLean, L., Hassmiller, S., Shaffer, F., Rohrbaugh, K., Collier, T., y Fairman, J. (2014). Scale, causes, and implications of the primary care nursing shortage. *Annual Review of Public Health*, 35, 443-457. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182508
- Mäkikangas, A., Feldt, T., Kinnunen, U., y Mauno, S. (2013). Does personality matter?

- A review of individual differences in occupational well-being. En Bakker A.B. (Ed.), *Advances in Positive Organizational Psychology* (pp. 107–143). Bingley, UK: Emerald. doi: 10.1108/S2046-410X(2013)0000001008
- Manzano-García, G., Calvo, A., y Carlos, J. (2012). Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*, 59(1), 101-107. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x
- Mark, G., y Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 505-521. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x
- Martín-Asuero, A., y García-Banda, G. (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 897-905. doi: 10.1017/s1138741600002547
- Martín Asuero, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., y Moix Queraltó, J. (2013). Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., y Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21(1), 30-47. doi: 10.1080/02678370701234274
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124. doi: 10.1111/j.1540-4560.1978.tb00778.x
- Maslach, C. (2003). Job Burnout New Directions in Research and Intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual*, (Vol. 5, pp. 133 – 153). Beverly Hills, CA: Sage. Retrieved from <http://smlr.rutgers.edu/jackson-burnout>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- May, D. R., Gilson, R. L., y Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of

- meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11-37. doi:10.1348/096317904322915892
- McCabe, R., Nowak, M., y Mullen, S. (2005). Nursing Careers: What Motivated Nurses to Choose their Profession? *Australian Bulletin of Labour*, 31 (4), 384-406. Retrieved from http://espace.library.curtin.edu.au/cgi-bin/espace.pdf?file=/2008/11/13/file_20/20892
- McCracken, L. M., y Yang, S. Y. (2008). A contextual cognitive-behavioral analysis of rehabilitation workers' health and well-being: Influences of acceptance, mindfulness, and values-based action. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 479. doi: 10.1037/a0012854
- McQueen, A. C. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x
- Meijman, T. F., y Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. En P. J. D. Drenth y H. Thierry (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology* (Vol. 2, pp. 5–33). Hove, UK: Psychology Press. doi: 10.4324/9780203765449
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. doi: doi:10.1016/j.brat.2004.08.008
- Mesmer-Magnus, J. R., DeChurch, L. A., y Wax, A. (2012). Moving emotional labor beyond surface and deep acting A discordance–congruence perspective. *Organizational Psychology Review*, 2(1), 6-53. doi: 10.1177/2041386611417746
- Mikolajczak, M., Menil, C., y Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107-1117. doi:10.1016/j.jrp.2007.01.003
- Mikolajczak, M., Tran, V., Brtotheridge, C. M y Gross, J. J. (2009). Using an emotion regulation framework to predict the outcomes of emotional labor. En C. E. J. Härtel, N. M. Ashkanasy y W. J. Zerbe (Eds.), *Research on Emotion in*

- Organizations (pp. 245-273). Bingley, UK: Emerald Group Publishing. doi: 10.1108/S17469791
- Mimura, C., y Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 10-15. doi: 10.1136/oem.60.1.10
- Montes-Berges, B., y Augusto-Landa, J. M. (2014). Emotional Intelligence and Affective Intensity as Life Satisfaction and Psychological Well-Being Predictors on Nursing Professionals. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 80-88. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.12.012
- Moody, R. C., y Pesut, D. J. (2006). The motivation to care: Application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization and Management*, 20(1), 15-48. doi: 10.1108/14777260610656543
- Moreno-Jiménez, B., y León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid.
- Moreno-Jiménez, B., y Gálvez Herrer, M. (2013). El efecto del distanciamiento psicológico del trabajo en el bienestar y la satisfacción con la vida: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 145-151. doi: 10.5093/tr2013a20
- Moreno-Jiménez, B., Galvez Herrer, M., Rodríguez-Carvajal, R., y Garrosa Hernández, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 63-73.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., y Rodríguez-Carvajal, R. (2012). Hardy personality and psychological capital: The positive personal variables and the processes of exhaustion and vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3982.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., y Gutiérrez, J. L. G. (2000). The nursing burnout: Development and factorial validation of the CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales* [Prevention of Workplace Hazards Archives], 3(1), 18-28. Retrieved from http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/burnout_enferm.pdf
- Moreno-Jiménez, B., Mayo, M., Sanz-Vergel, A. I., Geurts, S., Rodríguez-Muñoz, A., y Garrosa, E. (2009). Effects of work–family conflict on employees' well-being:

- The moderating role of recovery strategies. *Journal of Occupational Health Psychology, 14*(4), 427-440. doi: 10.1037/a0016739
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Sanz-Vergel, A. I., y Garrosa, E. (2012). Elucidating the role of recovery experiences in the job demands-resources model. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(02), 659-669. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38877
- Morgan, J. C., y Lynn, M. R. (2009). Satisfaction in nursing in the context of shortage. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 401-410. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00842.x
- Morris, J. A., y Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review, 21*(4), 986-1010. doi: 10.2307/259161
- Muraven, M., y Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin, 126*(2), 247-259. doi: 10.1037/0033-2909.126.2.247
- Muraven, M., Tice, D. M., y Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(3), 774-789.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P., y Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology, 96*(1), 71-94.
- Nebreda, C. A. (2009). Evolución de las competencias y necesidades de la enfermería en España. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 7*(2), 185-190.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., Fischer, J. E., y Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 49*(3), 283-296. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., y Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion, 11*(2), 354-366. doi: 10.1037/a0021554
- Nezlek, J. (2012). Multilevel modeling analysis of diary-style data. En M. R. Mehl y T. S. Conner (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life*. New York, NY: Guilford Press. doi: 10.5860/choice.50-1159
- Niks, I. M., Gevers, J. M., De Jonge, J., y Houtman, I. L. (2015). The relation between

- off-job recovery and job resources: person-level differences and day-level dynamics. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25, 226-238. doi: 10.1080/1359432X.2015.1042459
- Nilsson, P., Andersson, I. H., Ejlertsson, G., y Troein, M. (2012). Workplace health resources based on sense of coherence theory. *International Journal of Workplace Health Management*, 5(3), 156-167. doi:10.1108/17538351211268809
- Nunnally, J., Jr. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York, NY: McGraw-Hill
- Oflaz, F., Arslan, F., Uzun, Ş., Ustunsoz, A., Yilmazkol, E., y Ünlü, E. (2010). A Survey of emotional difficulties of nurses who care for oncology patients. *Psychological Reports*, 106(1), 119-130. doi: 10.2466/PR0.106.1.119-130
- Olejnik, S., y Algina, J. (2003). Generalized eta and omega squared statistics: measures of effect size for some common research designs. *Psychological Methods*, 8(4), 434-447. doi: 10.1037/1082-989x.8.4.434
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de “estar quemado” en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Othman, N., y Nasurdin, A. M. (2013). Social support and work engagement: A study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1083-1090. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01448.x
- Ouweneel, E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., y van Wijhe, C. I. (2012). Good morning, good day: A diary study on positive emotions, hope, and work engagement. *Human Relations*, 65(9), 1129-1154. doi: 10.1177/0018726711429382
- Páez, D., y Costa, S. D. (2014). Regulación afectiva (de emociones y estado de ánimo) en el lugar de trabajo. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), 190-203.
- Parent, J.D. (2010). Individual Adaptation to the Changing workplace: A model of Causes, Consequences, and Outcomes. En J. Houdmont, y S. Leka (Eds.), *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice* (pp. 188-207)(Vol. 1). John Wiley & Sons.
- Parkes, K. R., Mendham, C. A., y von Rabenau, C. (1994). Social support and the

- demand–discretion model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples. *Journal of Vocational Behavior*, 44(1), 91-113. doi: 10.1006/jvbe.1994.1006
- Pearson, M. R., Brown, D. B., Bravo, A. J., y Witkiewitz, K. (2014). Staying in the moment and finding purpose: The associations of trait mindfulness, decentering, and purpose in life with depressive symptoms, anxiety symptoms, and alcohol-related problems. *Mindfulness*, 1-9. doi: 10.1007/s12671-014-0300-8
- Peeters, M. C., y Le Blanc, P. M. (2001). Towards a match between job demands and sources of social support: A study among oncology care providers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(1), 53-72. doi: 10.1080/13594320042000034
- Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Heponiemi, T., Aalto, A. M., Noro, A., & Finne-Soveri, H. (2013). Job demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses: The moderating role of psychosocial resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(2), 211-219. doi: 10.1037/a0031801
- Peng, K. Z., Wong, C. S., y Che, H. S. (2010). The missing link between emotional demands and exhaustion. *Journal of Managerial Psychology*, 25(7), 777-798.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
- Petrou, P., Demerouti, E., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B., y Hetland, J. (2012). Crafting a job on a daily basis: contextual antecedents and the effect of work engagement. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 1120–1141. doi: 10.1002/job.1783
- Phillips, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 139-143. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.17419.x
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003
- Pines, A.M. (1993). Burnout: An existential perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent development in theory and research* (pp. 33-51). London: Taylor & Francis. doi:10.1177/002087289503800112

- Pipe, T., Bortz, J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., y Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130–137. doi: 10.1097/nna.0b013e31819894a0
- Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., y Delfabbro, P. H. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 579-591. doi: 10.1016/j.jvb.2012.01.015
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., y Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 829-837. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.006
- Podsakoff, N. P., LePine, J. A., y LePine, M. A. (2007). Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 438-454. doi: 10.1037/0021-9010.92.2.438
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. Doi: 10.1037/0021-9010.88.5.879
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., y Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*. 33(4), 288-298. doi:10.1002/nur.20383
- Poissonnet, C. M., y Véron, M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare professions. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 13-23. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00321.x
- Poulin, P. A., Mackenzie, C. S., Soloway, G., y Karayolas, E. (2008). Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting well-being among human services professionals. *International Journal of Health Promotion and Education*, 46(2), 72-80. doi: 10.1080/14635240.2008.10708132
- Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Khan, A., Poulsen, E. E., y Khan, S. R. (2015). Recovery experience and burnout in cancer workers in Queensland. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 23-28. doi: 10.1016/j.ejon.2014.08.003

- Preacher, K. J., Curran, P. J., y Bauer, D. J. (2006). Computational tools for probing interactions in multiple linear regression, multilevel modeling, and latent curve analysis. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 31(4), 437-448. doi: 10.3102/10769986031004437
- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731. doi:10.3758/bf03206553
- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi:10.3758/brm.40.3.879
- Prieto, L. L., Soria, M. S., Martínez, I. M., y Schaufeli, W. (2008). Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*, 20(3), 354-360.
- Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., y Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Querstret, D., y Cropley, M. (2012). Exploring the relationship between work-related rumination, sleep quality, and work-related fatigue. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(3), 341-353.
- Quiñones, M., Van den Broeck, A., y De Witte, H. (2013). Do job resources affect work engagement via psychological empowerment? A mediation analysis. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 127-134. doi:10.5093/tr2013a18
- Renzi, C., Di Pietro, C., y Tabolli, S. (2012). Psychiatric morbidity and emotional exhaustion among hospital physicians and nurses: association with perceived job-related factors. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 67(2), 117-123. doi: 10.1080/19338244.2011.578682
- Richardson, K. M., y Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69
- Rísquez, M. I. R., Fernández, C. G., y Meca, J. S. (2011). Burnout, hardy personality, and psychological distress in nursing personnel. *Annals of Psychology*, 27(1), 71-79.
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Study of the Spanish translation and psychometric properties of the Scales of Positive and Negative Affect (PANAS). *Mental*

- Health*, 26(1), 69-75. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam031h.pdf>
- Rodriguez-Carvajal, R., Méndez, D.D., Moreno-Jiménez, B., Abarca, A.B., y Van Dierendonck, D. (2010). Vitality and inner resources as relevant components of psychological well-being. *Psichothema*, 22(1), 63-70. doi: 10.1037/e572992012-471
- Rodriguez-Carvajal, R. y Quiñones-García, C. (2013). El trabajo emocional. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (eds), *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 177-196). Madrid: Pirámide.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 186-193. doi: 10.1037/a0012753
- Ryan, R. M., y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565. doi: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x
- Ryan, R. M., y Solky, J. (1996). What is supportive about social support? On the psychological needs for autonomy and relatedness. En G. R. Pierce, B. K. Sarason, y I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 249-267). New York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4899-1388-3_11
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D., y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28. doi:10.1207/s15327965pli0901_1
- Rude, S., y McCarthy, C. (2003). Brief report. *Cognition & Emotion*, 17(5), 799-806. doi: 10.1080/02699930302283
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 333-357.
- Ruiz, C.O., Rios, F.L., Martin, S.G. (2008). Psychological intervention for profesional

- burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañón University Hospital. *Medicina Preventiva*, 15(2), 93-97.
- Ruiz, E., Salazar, I. C., y Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 281-304.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
- San Gregorio, M. P., Rodríguez, A. M., Corpa, A. G., y Correa, E. (2003). Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 19-31.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125–154). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1016/0147-1767(78)90036-6
- Sanz-Vergel, A. I., Sebastián, J., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., y Sonnentag, S. (2010). Adaptación del " Cuestionario de Experiencias de Recuperación" a una muestra española. *Psicothema*, 22(4), 990-996.
- Saarni, C. (2000). Emotional competence. A developmental perspective. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence. Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 68 – 91). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sarti, D. (2014). Job resources as antecedents of engagement at work: Evidence from a long-term care setting. *Human Resource Development Quarterly*, 25(2), 213-237. doi:10.1002/hrdq.21189
- Saxbe, D. E., Repetti, R. L., y Nishina, A. (2008). Marital satisfaction, recovery from work, and diurnal cortisol among men and women. *Health Psychology*, 27(1), 15-25. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.15
- Schaubroeck, J., y Jones, J. R. (2000). Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*, 21(2), 163-183.
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2001). Werk en welbevinden: Naar een positieve

benadering in de Arbeids-en Gezondheidspsychologie [Work and well-being: Towards a positive approach in Occupational Health Psychology]. *Gedrag & Organisatie*, 14, 229–253.

- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. doi:10.1002/job.248
- Schaufeli, W.B., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis. Retrieved from http://books.google.es/books/about/The_Burnout_Companion_To_Study_And_Pract.html?id=cL88XbNVv8QC&redir_esc=y
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. doi: 10.1023/a:1015630930326
- Scheick, D. M. (2011). Developing self-aware mindfulness to manage countertransference in the nurse-client relationship: An evaluation and developmental study. *Journal of Professional Nursing*, 27(2), 114-123.
- Schmidt, K. H., y Diestel, S. (2014). Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1450-1461.
- Schmitt, A., Ohly, S., y Kleespies, N. (2015). Time Pressure Promotes Work Engagement. *Journal of Personnel Psychology*, 14, 28-36. doi: 10.1027/1866-5888/a000119
- Schraub, E. M., Turgut, S., Clavairoly, V., y Sonntag, K. (2013). Emotion regulation as a determinant of recovery experiences and well-being: A day-level study. *International Journal of Stress Management*, 20(4), 309-335. doi: 10.1037/a0034483
- Sears, S., y Kraus, S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 561-573. doi: 10.1002/jclp.20543
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. New York: Guilford.

- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... y Brzostek, T. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, *10*(1), 6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, *12*(2), 164-176. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373-386. doi: 10.1002/jclp.20237
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., y Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(7), 840-862. doi: 10.1002/jclp.20491
- Shirom, A. (2011). Vigor as a positive affect at work: Conceptualizing vigor, its relations with related constructs, and its antecedents and consequences. *Review of General Psychology*, *15*(1), 50-64. doi: 10.1037/a0021853
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., y Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(2), 235-262. doi: 10.1007/s10608-006-9118-6
- Siltaloppi, M., Kinnunen, U., y Feldt, T. (2009). Recovery experiences as moderators between psychosocial work characteristics and occupational well-being. *Work & Stress*, *23*(4), 330-348. doi: 10.1080/02678370903415572
- Simbula, S. (2010). Daily fluctuations in teachers' well-being: a diary study using the Job Demands–Resources model. *Anxiety, Stress, & Coping*, *23*(5), 563-584. doi: 10.1080/10615801003728273
- Simbula, S., Guglielmi, D., y Schaufeli, W. B. (2011). A three-wave study of job resources, self-efficacy, and work engagement among Italian schoolteachers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *20*(3), 285-304. doi:10.1080/13594320903513916
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(7), 1012-1024. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003

- Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H., van der Beek, A. J., y Meijman, T. F. (2001). The relation between work-induced neuroendocrine reactivity and recovery, subjective need for recovery, and health status. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 29-37. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00213-0
- Smith P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. London: MacMillan
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal of Nursing Knowledge*. 25(2), 119-130. doi: 10.1111/2047-3095.12025
- Smith B.W., Shelley, B.M., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., y Bernard, J. (2008). A Pilot Study Comparing the Effects of Mindfulness-Based and Cognitive-Behavioral Stress Reduction. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 14(3): 251-258. doi:10.1089/acm.2007.0641.
- Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., y Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1624-1636. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: a diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 196-210. doi: 10.1037/1076-8998.6.3.196
- Sonnentag, S. (2011). Recovery from fatigue: The role of psychological detachment. En P. L. Ackerman (Ed.), *Cognitive fatigue: The current status and future for research and application* (pp. 253-272). Washington, CD: American Psychological Association.
- Sonnentag, S., y Bayer, U. V. (2005). Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 393-414. doi: 10.1037/1076-8998.10.4.393
- Sonnentag, S., y Binnewies, C. (2013). Daily affect spillover from work to home: Detachment from work and sleep as moderators. *Journal of Vocational Behavior*, 83(2), 198-208. doi: 10.1016/j.jvb.2013.03.008
- Sonnentag, S., Binnewies, C., y Mojza, E. J. (2008). " Did you have a nice evening?" A day-level study on recovery experiences, sleep, and affect. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 674-684. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.674
- Sonnentag, S., y Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from

- work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204-221. doi: 10.1037/1076-8998.12.3.204
- Sonnentag, S., y Geurts, S. A. E. (2009). Methodological issues in recovery research. En S. Sonnentag, P. L. Perrewe, y D. C. Ganster (Eds.), *Current perspectives on job-stress recovery. Research in occupational stress and well-being* (pp. 1–36). United Kingdom: Emerald Publishing Group.
- Sonnentag, S., Kuttler, I., y Fritz, C. (2010). Job stressors, emotional exhaustion, and need for recovery: A multi-source study on the benefits of psychological detachment. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 355-365. doi: 10.1016/j.jvb.2009.06.005
- Sonnentag, S., y Natter, E. (2004). Flight attendants' daily recovery from work: Is there no place like home? *International Journal of Stress Management*, 11(4), 366-391.
- Sonnentag, S., y Niessen, C. (2008). Staying vigorous until work is over: The role of trait vigour, day-specific work experiences and recovery. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 435-458. doi: 10.1348/096317908X310256
- Spatola, C. A., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., Malfatto, G., Facchini, M., Goodwin, C. L., ... y Molinari, E. (2014). The ACTonHEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 12-22. doi: 10.1186/1477-7525-12-22
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., y Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010
- Spoor, E., de Jonge, J., y Hamers, J. P. (2010). Design of the DIRECT-project: interventions to increase job resources and recovery opportunities to improve job-related health, well-being, and performance outcomes in nursing homes. *BMC Public Health*, 10(1), 293. doi: 10.1186/1471-2458-10-293
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., y Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1377

- Strazdins, L. M. (2000). Integrating emotions: Multiple role measurement of emotional work. *Australian Journal of Psychology*, 52(1), 41-50. doi: 10.1080/00049530008255366
- Sundin, L., Hochwalder, J., Bildt, C., y Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 758-769. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.004
- Sy, T., Tram, S., y O'hara, L. A. (2006). Relation of employee and manager emotional intelligence to job satisfaction and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 461-473. doi: 10.1016/j.jvb.2005.10.003
- Tadić, M., Bakker, A. B., y Oerlemans, W. G. (2015). Challenge versus hindrance job demands and well-being: A diary study on the moderating role of job resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(4), 702-725.
- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152-17156. doi: 10.1073/pnas.0707678104
- Teng, C. I., Chang, S. S., y Hsu, K. H. (2009). Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2088-2096. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05072.x
- Thayer, R. E. (1987). Energy, tiredness, and tension effects of a sugar snack versus moderate exercise. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 119-125. doi: 10.1037/0022-3514.52.1.119
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Tims, M., Bakker, A. B., y Derks, D. (2013). The impact of job crafting on job demands, job resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(2), 230-240. doi: 10.1037/a0032141
- Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S., Forest, J., y Vallerand, R. J. (2014). Linking job demands and resources to burnout and work engagement: Does passion underlie these differential relationships? *Motivation and Emotion*, 38(3), 353-366. doi:10.1007/s11031-013-9384-z

- Totterdell, P., y Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(1), 55.
- Van Dam, N. T., Earleywine, M., y Borders, A. (2010). Measuring mindfulness? An item response theory analysis of the mindful attention awareness scale. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 805-810. doi: 10.1016/j.paid.2010.07.020
- Van Berkel, J., Boot, C. R., Proper, K. I., Bongers, P. M., y van der Beek, A. J. (2013). Process evaluation of a workplace health promotion intervention aimed at improving work engagement and energy balance. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(1), 19-26. doi: 10.1097/jom.0b013e318269e5a6
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M., y Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 679-686.
- Van Breukelen, G. J. (2006). ANCOVA versus change from baseline had more power in randomized studies and more bias in nonrandomized studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(9), 920-925. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.02.007
- Van den Broeck, A., De Cuyper, N., De Witte, H., y Vansteenkiste, M. (2010). Not all job demands are equal: Differentiating job hindrances and job challenges in the Job Demands–Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(6), 735-759. doi: 10.1080/13594320903223839
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., y Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22(3), 277-294.
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Soenens, B., y Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 981-1002. doi:10.1348/096317909x481382
- Van den Heuvel, M., Demerouti, E., y Peeters, M. (2012). Successful job crafting through group training. En J. de Jonge, M. Peeters, S. Sjollema, y H. de Zeeuw (Eds.), *Scherp in werk: 5 routes naar optimale inzetbaarheid* (pp. 27–49). Assen: Koninklijke van Gorcum

- van Den Tooren, M., y De Jonge, J. (2008). Managing job stress in nursing: what kind of resources do we need? *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 75-84. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04657.x
- van den Tooren, M., y de Jonge, J. (2011). Job Resources and Regulatory Focus as Moderators of Short-Term Stressor-Strain Relations. *Journal of Personnel Psychology*, 10, 97-106. doi: 10.1027/1866-5888/a000042
- van Den Tooren, M., De Jonge, J., y Dormann, C. (2012). A matter of match? an experiment on choosing specific job resources in different demanding work situations. *International Journal of Stress Management*, 19(4), 311-332. doi: 10.1037/a0030110
- Van de Ven, B., van den Tooren, M., y Vlerick, P. (2013). Emotional job resources and emotional support seeking as moderators of the relation between emotional job demands and emotional exhaustion: A two-wave panel study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), 1-8. doi: 10.1037/a0030656
- Van der Colff, J. J., y Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1), 1-10. doi:10.4102/sajip.v35i1.423
- Van der Heijden, B. I. J. M., Kümmerling, A., Van Dam, K., Van der Schoot, E., Estry-n-Béhar, M., y Hasselhorn, H. M. (2010). The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: Secondary analysis of data from the NEXT survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 434-445. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.10.004
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., y Van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- van Hooff, M. L., y Baas, M. (2013). Recovering by means of meditation: The role of recovery experiences and intrinsic motivation. *Applied Psychology*, 62(2), 185-210. doi: 10.1111/j.1464-0597.2011.00481.x
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Meijer, T., y Hamers, J. P. (2001). Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 128-136. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.3411726.x
- Van Veldhoven, M., Meijman, T.F. (1994). *The Measurement of Psychosocial Job Demands with a Questionnaire (VBBA)*. Amsterdam: NIA.

- Vera, M., Martínez, I. M., Lorente, L., y Chambel, M. J. (2015). The Role of Co-worker and Supervisor Support in the Relationship Between Job Autonomy and Work Engagement Among Portuguese Nurses: A Multilevel Study. *Social Indicators Research*, 1-14. doi: 10.1007/s11205-015-0931-8
- Vettese, L. C., Toneatto, T., Stea, J. N., Nguyen, L., y Wang, J. J. (2009). Do mindfulness meditation participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 198-225. doi: 10.1891/0889-8391.23.3.198
- Villardaga, R., Luoma, J. B., Hayes, S. C., Pistorello, J., Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., ... y Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 323-335. doi: 10.1016/j.jsat.2010.11.015
- Vogt, K., Hakanen, J. J., Jenny, G. J., y Bauer, G. F. (2015). Sense of coherence and the motivational process of the job-demands–resources model. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0039899
- Wardley, M. N., Flaxman, P. E., Willig, C., y Gillanders, D. (2014). ‘Feel the Feeling’: Psychological practitioners’ experience of acceptance and commitment therapy well-being training in the workplace. *Journal of Health Psychology*, doi: 10.1177/1359105314557977
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: 10.1037//0022-3514.54.6.1063
- Weinstein, N., Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 374-385. doi: 10.1016/j.jrp.2008.12.008
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282-294. doi: 10.1111/jan.12182
- Willemse, B. M., de Jonge, J., Smit, D., Depla, M. F., y Pot, A. M. (2012). The moderating role of decision authority and coworker-and supervisor support on the impact of job demands in nursing homes: a cross-sectional study.

International Journal of Nursing Studies, 49(7), 822-833. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.003

- Williams, A. (2001). A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 188-196. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01836.x
- Williams, K. J., y Alliger, G. M. (1994). Role stressors, mood spillover, and perceptions of work-family conflict in employed parents. *Academy of Management Journal*, 37(4), 837-868. doi: 10.2307/256602
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Winwood, P. C., y Lushington, K. (2006). Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 679-689. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04055.x
- Winwood, P. C., Winefield, A. H., y Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 438-449. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04011.x
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., y Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 969-981. doi: 10.1016/j.bbi.2008.01.012
- Wright, T. A., y Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 486-493. doi: 10.1037/0021-9010.83.3.486
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. doi:10.1037/1072-5245.14.2.121
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 235-244. doi:10.1016/j.jvb.2008.11.003

- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., y Fischbach, A. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands: The role of personal resources. *Journal of Personnel Psychology*, 12(2), 74-84. doi: 10.1027/1866-5888/a000085
- Yao, Y., Yao, W., Wang, W., Li, H., y Lan, Y. (2013). Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China. *International Journal of Nursing Practice*, 19(5), 530-538. doi: 10.1111/ijn.12103
- Young, R. (2014). *Mind Your Purpose: Intervening on Mindfulness to Promote Daily Levels of Purpose* (Master Thesis, Carleton University, Ontario). Retrieved from <https://curve.carleton.ca/daab51ca-0b8d-438b-90a3-aae2ca472fed>
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237-268. doi: 10.1016/S1053-4822(02)00048-7
- Zapf, D., y Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1-28. doi: 10.1080/13594320500412199
- Zellars, K. L., Perrewé, P. L., Hochwarter, W. A., y Anderson, K. S. (2006). The interactive effects of positive affect and conscientiousness on strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(3), 281-289. doi: 10.1037/1076-8998.11.3.281
- Zeller, J. M., y Levin, P. F. (2013). Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel: an occupational health perspective. *Workplace Health & Safety*, 61(2), 85-89. doi: 10.1177/216507991306100207
- Zohar, D., Tzischinski, O., y Epstein, R. (2003). Effects of energy availability on immediate and delayed emotional reactions to work events. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1082-1093. doi: 10.1037/0021-9010.88.6.1082

Apéndice A
Protocolos de evaluación

CUESTIONARIO DE SALUD LABORAL

Estimado profesional,

El Equipo de Investigación en Estrés y Salud de la Universidad Autónoma de Madrid ha puesto en marcha un estudio de investigación cuyo objetivo es la evaluación de los riesgos psicosociales asociados al trabajo de enfermería, con el fin de identificarlos mejor para poder prevenirlos y poder desarrollar herramientas para promover la salud entre los trabajadores de este sector.

En nuestro intento de evaluar satisfactoriamente estos riesgos, así como todos aquellos aspectos organizativos y personales que puedan proteger su salud, en este estudio le solicitamos su colaboración a través de la cumplimentación de **dos cuestionarios**.

El primero de ellos lo podrá rellenar en el momento en el que reciba el sobre con los cuadernillos. El segundo cuestionario le solicitamos que lo rellene **durante cinco días laborales**, en dos momentos cada día (1º por la tarde **después del trabajo**; y 2º por la noche **antes de ir a dormir**), a modo de diario. Cada momento del día le llevará máximo 10 minutos, y el cuadernillo se ha preparado para que sea fácilmente transportable y sencillo de cumplimentar.

Es importante para nosotros que conteste de la forma más sincera posible, recuerde que sus datos son totalmente anónimos. No existen respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que su respuesta refleje su experiencia personal.

IMPORTANTE: Por favor, cumplimente los siguientes campos con los que se pretende generar un código personal que sólo usted conocerá. Es **fundamental** que lo cumplimente para unir ambos cuestionarios, dado que son anónimos. Además, si posteriormente quiere conocer sus resultados, puede hacerlo indicando este código a los responsables de la investigación.

Escriba la primera letra del nombre de su madre

Escriba la primera letra del nombre de su padre

Escriba el día en el que nació

Escriba las dos últimas cifras del año en el que nació

Si usted deseara conocer los resultados de este estudio, o ampliar la información de él, puede ponerse en contacto con los investigadores responsables a través de los e-mails luismanuel.blanco@uam.es, eva.garrosa@uam.es o bernardo.moreno@uam.es



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desde la Universidad Autónoma de Madrid hemos puesto en marcha un estudio cuyo objetivo es la evaluación del bienestar laboral de los trabajadores del sector sanitario, en concreto entre los profesionales de enfermería.

Los datos que recibimos de los profesionales se manejarán con absoluta confidencialidad, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, y serán tratados exclusivamente para fines estadísticos. Para ello se identificarán mis resultados con un sistema de codificación de forma que los investigadores no podrán vincular dichos datos con mi persona. De esta forma se me asegura que quedará protegida la difusión de los datos confidenciales.

Mediante este documento, manifiesto así que he sido informado de las entidades que llevan a cabo el estudio, su nombre, objetivo, y mi derecho a la confidencialidad sobre los datos recogidos en él. Así mismo DOY MI CONSENTIMIENTO para participar voluntariamente en el estudio y para que estos datos se utilicen exclusivamente de manera estadística.

Firmado

Muchas gracias por su colaboración,

Un cordial saludo
Equipo de Investigación en Estrés y Salud
Universidad Autónoma de Madrid

CUESTIONARIO DE SALUD LABORAL

Sexo 1 Hombre 2 Mujer

Edad años

Relaciones personales 1 Con pareja habitual 2 Sin pareja habitual 3 Sin pareja

Número de hijos hijos

Estudios realizados 1 ATS 2 DUE 3 AUX. ENFERMERÍA 4 EIR 5 GRADO

Años de experiencia años

Años de experiencia en el mismo puesto de trabajo años

Situación laboral 1 Fijo/a Indefinido 2 Contratado/a > 1 año 3 Temporal < 1 año Otros (especificar)

Centro en el que trabaja:

¿Qué tiempo lleva en el mismo Centro?

Turno 1 Mañana 2 Tarde 3 Noche 4 Rotatorio 5 Corretornos

Servicio/área

Sección

Especialidad

Número de pacientes que atiende al día (aprox.) pacientes

¿Es usted supervisor/a o responsable? 1 Sí 2 No

Número de horas que trabaja a la semana horas

Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con los pacientes

1 Más del 80% 2 Entre 80%-60% 3 Entre 60%-40% 4 Entre el 40%-20% 5 Menos del 20%

DERS

Por favor, señale con una cruz en cada frase la frecuencia con que se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones, tomando como referencia la siguiente escala:

1 Casi nunca (0-10%)	2 Algunas veces (11-35%)	3 La mitad de las veces (36-65%)	4 La mayoría de las veces (66-90%)	5 Casi siempre (91-100%)
----------------------------	--------------------------------	--	--	--------------------------------

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

SOFI

Señale en una escala del 1 (muy poco) al 11 (mucho) como se siente habitualmente al final del día:

1. Exhausto	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
2. Desgastado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
3. Extenuado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
4. Respirando con dificultad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
5. Con palpitaciones	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
6. Con calor	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
7. Con las articulaciones agarrotadas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
8. Entumecimiento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
9. Dolorido	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
10. Pasivo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
11. Apático	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
12. Indiferente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
13. Somnoliento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
14. Durmiéndome	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
15. Bostezante	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

AAQ-II

Por favor puntúe en qué grado es verdad para usted las siguientes afirmaciones:

1 Nunca es verdad	2 Muy raramente es verdad	3 Raramente es verdad	4 A veces es verdad	5 Frecuentemente es verdad	6 Casi siempre es verdad	7 Siempre es verdad
----------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	1 2 3 4 5 6 7
2. Tengo miedo de mis sentimientos	1 2 3 4 5 6 7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	1 2 3 4 5 6 7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	1 2 3 4 5 6 7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	1 2 3 4 5 6 7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	1 2 3 4 5 6 7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	1 2 3 4 5 6 7

MLF

Ahora se presentan una serie de preguntas referentes a varios aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene 7 posibles respuestas. Por favor, marque el número que mejor exprese su opinión, siendo los números 1 y 7 los extremos de cada pregunta.

1. ¿Tiene la impresión de que realmente no le importa lo que pase a su alrededor?

1 Muy rara vez o nunca	2	3	4	5	6	7 Muy a menudo
---------------------------	---	---	---	---	---	-------------------

2. La vida...

1 Está llena de interés	2	3	4	5	6	7 Es absoluta rutina
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

3. Hasta ahora su vida...

1 No ha tenido objetivos, metas o intereses claros	2	3	4	5	6	7 Tiene metas muy claras
---	---	---	---	---	---	-----------------------------

4. La mayor parte de las cosas que vaya a hacer en el futuro serán:

1 Completamente fascinantes	2	3	4	5	6	7 Es absoluta rutina
--------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

5. Cuando piensa sobre su vida, a menudo:

1 Siente lo bueno que es estar vivo	2	3	4	5	6	7 Se pregunta por qué se vive, qué sentido tiene la vida
--	---	---	---	---	---	---

6. El llevar a cabo sus actividades día a día constituye:

1 Una fuente de satisfacción y placer profundos	2	3	4	5	6	7 Una fuente de dolor y aburrimiento
--	---	---	---	---	---	---

7. Anticipa que su vida personal en el futuro estará:

1 Totalmente vacía de objetivos	2	3	4	5	6	7 Llena de objetivos y significado
------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

8. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que las cosas que hace en su vida cotidiana tienen poco sentido?

1 Muy a menudo	2	3	4	5	6	7 Casi nunca o nunca
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

UWES/V

Las siguientes cuestiones tratan acerca de cómo te sientes con respecto a tu trabajo. Señala con una cruz con qué frecuencia los sientes en la escala del 1 al 6:

Nunca	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuente	Siempre
0	1	2	3	4	5	6

1. En mi trabajo me siento lleno de energía	0	1	2	3	4	5	6
2. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Soy muy persistente en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Cuando me levanto por la mañana , tengo ganas de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
5. Puedo continuar trabajando durante periodos largos de tiempo	0	1	2	3	4	5	6
6. Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando	0	1	2	3	4	5	6

RECO

A continuación encontrará una serie de situaciones relacionadas con el trabajo y su vida personal. Por favor, indique con una cruz el grado de acuerdo respecto a cada una de las situaciones durante los últimos meses, basándose en la siguiente escala:

1 Totalmente desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni acuerdo ni desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo	
1. Después del trabajo soy capaz de desconectar	1	2	3	4	5
2. Cuando salgo de trabajar me olvido completamente del trabajo	1	2	3	4	5
3. Soy capaz de distanciarme del trabajo	1	2	3	4	5
4. Realizo actividades que me ayudan a sentirme relajado	1	2	3	4	5
5. Después del trabajo me tomo mi tiempo para descansar	1	2	3	4	5
6. Me tomo mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen	1	2	3	4	5

PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos. Lea cada palabra y señale con una cruz en que grado siente esa emoción regularmente, atendiendo a la siguiente escala:

1 Nada	2 Algo	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremadamente
1. Disgustado				
2. Hostil				
3. Dispuesto				
4. Avergonzado				
5. Inspirado				
6. Nervioso				
7. Decidido				
8. Atento				
9. Temeroso				
10. Activado				

SVS

Ahora le solicitamos que nos indique el grado con el que de manera general se siente como describen las siguientes frases:

1 En absoluto	2 Muy poco	3 Un poco	4 Moderadamente	5 Bastante	6 Mucho	7 Completamente
1. Me siento vivo y con vitalidad						
2. No me siento con mucha energía						
3. A veces me siento tan lleno de energía que parece que voy a explotar						
4. Estoy lleno de energía e ímpetu						
5. Espero con impaciencia cada nuevo día						
6. Casi siempre me siento alerta y despierto						
7. Me siento motivado						

D/R

**A continuación encontrará una serie de cuestiones con las que podrá estar de acuerdo o no.
Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas**

1	2	3	4
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Me siento quemado/a con mi trabajo	1 2 3 4
2. Me siento quemado/a después de un día de trabajo	1 2 3 4
3. En mi trabajo muchos días me siento agotado/a física y mentalmente	1 2 3 4
4. Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1 2 3 4

1. Mi trabajo requiere interpretar las emociones de los usuarios	1 2 3 4
2. Para hacer bien mi trabajo debo ser "un poco psicólogo" con los pacientes	1 2 3 4
3. Para hacer bien mi trabajo es necesario saber ponerse en el lugar del otro (del usuario)	1 2 3 4
4. Mi trabajo implica manejar situaciones de elevada intensidad emocional	1 2 3 4
5. En mi trabajo estar atento a las emociones es importante	1 2 3 4

1. Las personas con las que trabajo les gusta trabajar en equipo	1 2 3 4
2. Las personas con las que trabajo colaboran para conseguir que el trabajo se haga	1 2 3 4
3. Las personas con las que trabajo son competentes en su trabajo	1 2 3 4
4. Las personas con las que trabajo son agradables	1 2 3 4
5. Las personas con las que trabajo se interesan por mí	1 2 3 4
6. Mi supervisor consigue que la gente trabaje en equipo	1 2 3 4
7. Mi supervisor se preocupa del bienestar de las personas que están a su cargo	1 2 3 4
8. Mi supervisor colabora para que el trabajo salga	1 2 3 4
9. Mi supervisor presta atención a lo que digo	1 2 3 4

PL

Señala con una cruz el grado de identificación con las siguientes frases, utilizando la siguiente escala:

Nunca	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuente	Siempre
0	1	2	3	4	5	6

1. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	0 1 2 3 4 5 6
2. Soy una persona activa al realizar proyectos que propuse para mí mismo	0 1 2 3 4 5 6
3. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	0 1 2 3 4 5 6
4. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de Frustración para mí.	0 1 2 3 4 5 6
5. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	0 1 2 3 4 5 6

MAAS

Por último, por favor señala con una cruz el grado con el que se identifica de manera general con las siguientes frases, utilizando esta escala:

Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuente	Casi Siempre
1	2	3	4	5	6

1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde	1 2 3 4 5 6
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención o por estar pensando en otra cosa	1 2 3 4 5 6
3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente	1 2 3 4 5 6
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino	1 2 3 4 5 6
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención	1 2 3 4 5 6
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen una vez	1 2 3 4 5 6
7. Parece como si funcionara en "automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo	1 2 3 4 5 6
8. Hago las actividades con prisa, sin estar realmente atento a ellas	1 2 3 4 5 6
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla	1 2 3 4 5 6
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo	1 2 3 4 5 6
11. Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo	1 2 3 4 5 6
12. Conduzco "en piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.	1 2 3 4 5 6
13. Me encuentro absorto pensando en el futuro o en el pasado	1 2 3 4 5 6
14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención	1 2 3 4 5 6
15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo	1 2 3 4 5 6

DIARIO DE BIENESTAR LABORAL



Escriba la primera letra del nombre de su madre

Escriba la primera letra del nombre de su padre

Escriba el día en el que nació

Escriba las dos últimas cifras del año en el que nació

DIA 1

RELLENAR DESPUÉS DEL TRABAJO

Hoy en el trabajo.....	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
He percibido con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He prestado atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
He vivido mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
No tengo ni idea de cómo me he sentido	1	2	3	4	5
He tenido dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He estado atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He dado importancia a lo que he sentido	1	2	3	4	5
He estado confuso sobre lo que he sentido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he reconocido mis emociones.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he enfadado conmigo mismo por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me ha dado vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he creído que estaría así mucho tiempo	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, he creído que acabaría sintiéndome deprimido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me ha resultado difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he siento fuera de control.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, me he sentido avergonzado conmigo mismo/a por sentirme así	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido como una persona débil	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, he tenido dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he irritado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, regodearme en ello era todo lo que podía hacer	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he comenzado a sentir muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, mis emociones parecían desbordarse	1	2	3	4	5

Hoy...	Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4
Me siento quemado/a con mi trabajo	1	2	3	4
Me siento quemado/a después del día de trabajo	1	2	3	4
Me siento agotado física y mentalmente	1	2	3	4
Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4	5	6
Me he sentido lleno de energía en el trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido fuerte y vigoroso/a en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido muy persistente en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
Cuando me he levantado por la mañana , tenía ganas de ir a trabajar	1	2	3	4	5	6
Podía continuar trabajando durante periodos largos de tiempo	1	2	3	4	5	6
Incluso cuando las cosas no han ido bien, he continuado trabajando	1	2	3	4	5	6

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4
Mi trabajo ha requerido que interprete las emociones de los pacientes	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado ponerme en el lugar del otro	1	2	3	4
Mi trabajo ha implicado manejar situaciones de elevada intensidad emocional	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado hacer "un poco de psicólogo" con los pacientes	1	2	3	4
Ha sido importante en el trabajo estar atento a las emociones	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo se han interesado por mí.	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han colaborado para conseguir que el trabajo salga	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han sido agradables	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Mi supervisor ha conseguido que la gente trabaje en equipo	1	2	3	4
Mi supervisor se ha preocupado por el bienestar de las personas que están a su cargo	1	2	3	4
Mi supervisor ha colaborado para que el trabajo salga.	1	2	3	4

RELLENAR ANTES DE DORMIR

Ahora mismo ...

En absoluto ← → Completamente

Me siento vivo y con vitalidad	1	2	3	4	5	6	7
No me siento con mucha energía	1	2	3	4	5	6	7
Me siento tan lleno de energía que parece que voy a explotar	1	2	3	4	5	6	7
Estoy lleno de energía e ímpetu	1	2	3	4	5	6	7
Espero con impaciencia el nuevo día	1	2	3	4	5	6	7
Me siento alerta y despierto	1	2	3	4	5	6	7
Me siento motivado	1	2	3	4	5	6	7

Hoy...

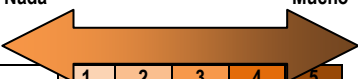
Totalmente en desacuerdo ← → Totalmente de acuerdo

Después del trabajo he sido capaz de desconectar	1	2	3	4	5
Cuando he salido del trabajo me he olvidado completamente del trabajo	1	2	3	4	5
He sido capaz de distanciarme del trabajo	1	2	3	4	5
He realizado actividades que me han ayudado a sentirme relajado	1	2	3	4	5
Después del trabajo me he tomado mi tiempo para descansar	1	2	3	4	5
Me he tomado mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen	1	2	3	4	5

En este momento me siento...

Nada ← → Mucho

Exhausto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Desgastado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Extenuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Respirando con dificultad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con palpitaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con calor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con las articulaciones agarrotadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Entumecimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dolorido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pasivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Indiferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Somnoliento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Durmiéndome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bostezante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Nada

Mucho

En este momento me siento ...

	1	2	3	4	5
Disgustado	1	2	3	4	5
Hostil	1	2	3	4	5
Dispuesto	1	2	3	4	5
Avergonzado	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Decidido	1	2	3	4	5
Atento	1	2	3	4	5
Temeroso	1	2	3	4	5
Activado	1	2	3	4	5

DIA 2

RELLENAR DESPUÉS DEL TRABAJO

Hoy en el trabajo.....	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
He percibido con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He prestado atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
He vivido mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
No tengo ni idea de cómo me he sentido	1	2	3	4	5
He tenido dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He estado atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He dado importancia a lo que he sentido	1	2	3	4	5
He estado confuso sobre lo que he sentido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he reconocido mis emociones.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he enfadado conmigo mismo por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me ha dado vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he creído que estaría así mucho tiempo	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, he creído que acabaría sintiéndome deprimido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me ha resultado difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he siento fuera de control.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, me he sentido avergonzado conmigo mismo/a por sentirme así	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido como una persona débil	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, he tenido dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he irritado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, regodearme en ello era todo lo que podía hacer	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he comenzado a sentir muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, mis emociones parecían desbordarse	1	2	3	4	5

Hoy...	Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4
Me siento quemado/a con mi trabajo	1	2	3	4
Me siento quemado/a después del día de trabajo	1	2	3	4
Me siento agotado física y mentalmente	1	2	3	4
Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4	5	6
Me he sentido lleno de energía en el trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido fuerte y vigoroso/a en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido muy persistente en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
Cuando me he levantado por la mañana , tenía ganas de ir a trabajar	1	2	3	4	5	6
Podía continuar trabajando durante periodos largos de tiempo	1	2	3	4	5	6
Incluso cuando las cosas no han ido bien, he continuado trabajando	1	2	3	4	5	6

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4
Mi trabajo ha requerido que interprete las emociones de los pacientes	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado ponerme en el lugar del otro	1	2	3	4
Mi trabajo ha implicado manejar situaciones de elevada intensidad emocional	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado hacer "un poco de psicólogo" con los pacientes	1	2	3	4
Ha sido importante en el trabajo estar atento a las emociones	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo se han interesado por mí.	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han colaborado para conseguir que el trabajo salga	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han sido agradables	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Mi supervisor ha conseguido que la gente trabaje en equipo	1	2	3	4
Mi supervisor se ha preocupado por el bienestar de las personas que están a su cargo	1	2	3	4
Mi supervisor ha colaborado para que el trabajo salga.	1	2	3	4

RELLENAR ANTES DE DORMIR

Ahora mismo ...

En absoluto Completamente

Me siento vivo y con vitalidad	1	2	3	4	5	6	7
No me siento con mucha energía	1	2	3	4	5	6	7
Me siento tan lleno de energía que parece que voy a explotar	1	2	3	4	5	6	7
Estoy lleno de energía e ímpetu	1	2	3	4	5	6	7
Espero con impaciencia el nuevo día	1	2	3	4	5	6	7
Me siento alerta y despierto	1	2	3	4	5	6	7
Me siento motivado	1	2	3	4	5	6	7

Hoy...

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Después del trabajo he sido capaz de desconectar	1	2	3	4	5
Cuando he salido del trabajo me he olvidado completamente del trabajo	1	2	3	4	5
He sido capaz de distanciarme del trabajo	1	2	3	4	5
He realizado actividades que me han ayudado a sentirme relajado	1	2	3	4	5
Después del trabajo me he tomado mi tiempo para descansar	1	2	3	4	5
Me he tomado mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen	1	2	3	4	5

En este momento me siento...

Nada Mucho

Exhausto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Desgastado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Extenuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Respirando con dificultad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con palpitaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con calor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con las articulaciones agarrotadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Entumecimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dolorido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pasivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Indiferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Somnoliento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Durmiéndome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bostezante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Nada
Mucho

En este momento me siento ...

	1	2	3	4	5
Disgustado	1	2	3	4	5
Hostil	1	2	3	4	5
Dispuesto	1	2	3	4	5
Avergonzado	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Decidido	1	2	3	4	5
Atento	1	2	3	4	5
Temeroso	1	2	3	4	5
Activado	1	2	3	4	5

DIA 3

RELLENAR DESPUÉS DEL TRABAJO

Hoy en el trabajo.....	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
He percibido con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He prestado atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
He vivido mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
No tengo ni idea de cómo me he sentido	1	2	3	4	5
He tenido dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He estado atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He dado importancia a lo que he sentido	1	2	3	4	5
He estado confuso sobre lo que he sentido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he reconocido mis emociones.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he enfadado conmigo mismo por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me ha dado vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he creído que estaría así mucho tiempo	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, he creído que acabaría sintiéndome deprimido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me ha resultado difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he siento fuera de control.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, me he sentido avergonzado conmigo mismo/a por sentirme así	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido como una persona débil	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, he tenido dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he irritado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, regodearme en ello era todo lo que podía hacer	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he comenzado a sentir muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, mis emociones parecían desbordarse	1	2	3	4	5

Hoy...	Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4
Me siento quemado/a con mi trabajo	1	2	3	4
Me siento quemado/a después del día de trabajo	1	2	3	4
Me siento agotado física y mentalmente	1	2	3	4
Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4	5	6
Me he sentido lleno de energía en el trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido fuerte y vigoroso/a en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido muy persistente en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
Cuando me he levantado por la mañana , tenía ganas de ir a trabajar	1	2	3	4	5	6
Podía continuar trabajando durante periodos largos de tiempo	1	2	3	4	5	6
Incluso cuando las cosas no han ido bien, he continuado trabajando	1	2	3	4	5	6

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4
Mi trabajo ha requerido que interprete las emociones de los pacientes	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado ponerme en el lugar del otro	1	2	3	4
Mi trabajo ha implicado manejar situaciones de elevada intensidad emocional	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado hacer "un poco de psicólogo" con los pacientes	1	2	3	4
Ha sido importante en el trabajo estar atento a las emociones	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo se han interesado por mí.	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han colaborado para conseguir que el trabajo salga	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han sido agradables	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Mi supervisor ha conseguido que la gente trabaje en equipo	1	2	3	4
Mi supervisor se ha preocupado por el bienestar de las personas que están a su cargo	1	2	3	4
Mi supervisor ha colaborado para que el trabajo salga.	1	2	3	4

RELLENAR ANTES DE DORMIR

Ahora mismo ...

En absoluto Completamente

Me siento vivo y con vitalidad	1	2	3	4	5	6	7
No me siento con mucha energía	1	2	3	4	5	6	7
Me siento tan lleno de energía que parece que voy a explotar	1	2	3	4	5	6	7
Estoy lleno de energía e ímpetu	1	2	3	4	5	6	7
Espero con impaciencia el nuevo día	1	2	3	4	5	6	7
Me siento alerta y despierto	1	2	3	4	5	6	7
Me siento motivado	1	2	3	4	5	6	7

Hoy...

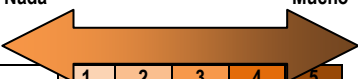
Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Después del trabajo he sido capaz de desconectar	1	2	3	4	5
Cuando he salido del trabajo me he olvidado completamente del trabajo	1	2	3	4	5
He sido capaz de distanciarme del trabajo	1	2	3	4	5
He realizado actividades que me han ayudado a sentirme relajado	1	2	3	4	5
Después del trabajo me he tomado mi tiempo para descansar	1	2	3	4	5
Me he tomado mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen	1	2	3	4	5

En este momento me siento...

Nada Mucho

Exhausto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Desgastado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Extenuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Respirando con dificultad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con palpitaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con calor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con las articulaciones agarrotadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Entumecimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dolorido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pasivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Indiferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Somnoliento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Durmiéndome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bostezante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Nada

Mucho

En este momento me siento ...

	1	2	3	4	5
Disgustado	1	2	3	4	5
Hostil	1	2	3	4	5
Dispuesto	1	2	3	4	5
Avergonzado	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Decidido	1	2	3	4	5
Atento	1	2	3	4	5
Temeroso	1	2	3	4	5
Activado	1	2	3	4	5

DIA 4

RELLENAR DESPUÉS DEL TRABAJO

Hoy en el trabajo.....	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
He percibido con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He prestado atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
He vivido mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
No tengo ni idea de cómo me he sentido	1	2	3	4	5
He tenido dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He estado atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He dado importancia a lo que he sentido	1	2	3	4	5
He estado confuso sobre lo que he sentido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he reconocido mis emociones.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he enfadado conmigo mismo por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me ha dado vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he creído que estaría así mucho tiempo	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, he creído que acabaría sintiéndome deprimido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me ha resultado difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he siento fuera de control.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, me he sentido avergonzado conmigo mismo/a por sentirme así	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido como una persona débil	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, he tenido dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he irritado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, regodearme en ello era todo lo que podía hacer	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he comenzado a sentir muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, mis emociones parecían desbordarse	1	2	3	4	5

Hoy...	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4
Me siento quemado/a con mi trabajo	1	2	3	4
Me siento quemado/a después del día de trabajo	1	2	3	4
Me siento agotado física y mentalmente	1	2	3	4
Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4	5	6
Me he sentido lleno de energía en el trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido fuerte y vigoroso/a en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido muy persistente en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
Cuando me he levantado por la mañana , tenía ganas de ir a trabajar	1	2	3	4	5	6
Podía continuar trabajando durante periodos largos de tiempo	1	2	3	4	5	6
Incluso cuando las cosas no han ido bien, he continuado trabajando	1	2	3	4	5	6

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

	1	2	3	4
Mi trabajo ha requerido que interprete las emociones de los pacientes	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado ponerme en el lugar del otro	1	2	3	4
Mi trabajo ha implicado manejar situaciones de elevada intensidad emocional	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado hacer "un poco de psicólogo" con los pacientes	1	2	3	4
Ha sido importante en el trabajo estar atento a las emociones	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo se han interesado por mí.	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han colaborado para conseguir que el trabajo salga	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han sido agradables	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

	1	2	3	4
Mi supervisor ha conseguido que la gente trabaje en equipo	1	2	3	4
Mi supervisor se ha preocupado por el bienestar de las personas que están a su cargo	1	2	3	4
Mi supervisor ha colaborado para que el trabajo salga.	1	2	3	4

RELLENAR ANTES DE DORMIR

Ahora mismo ...

En absoluto Completamente

Me siento vivo y con vitalidad	1	2	3	4	5	6	7
No me siento con mucha energía	1	2	3	4	5	6	7
Me siento tan lleno de energía que parece que voy a explotar	1	2	3	4	5	6	7
Estoy lleno de energía e ímpetu	1	2	3	4	5	6	7
Espero con impaciencia el nuevo día	1	2	3	4	5	6	7
Me siento alerta y despierto	1	2	3	4	5	6	7
Me siento motivado	1	2	3	4	5	6	7

Hoy...

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Después del trabajo he sido capaz de desconectar	1	2	3	4	5
Cuando he salido del trabajo me he olvidado completamente del trabajo	1	2	3	4	5
He sido capaz de distanciarme del trabajo	1	2	3	4	5
He realizado actividades que me han ayudado a sentirme relajado	1	2	3	4	5
Después del trabajo me he tomado mi tiempo para descansar	1	2	3	4	5
Me he tomado mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen	1	2	3	4	5

En este momento me siento...

Nada Mucho

Exhausto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Desgastado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Extenuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Respirando con dificultad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con palpitaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con calor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con las articulaciones agarrotadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Entumecimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dolorido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pasivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Indiferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Somnoliento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Durmiéndome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bostezante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Nada
Mucho

En este momento me siento ...

	1	2	3	4	5
Disgustado	1	2	3	4	5
Hostil	1	2	3	4	5
Dispuesto	1	2	3	4	5
Avergonzado	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Decidido	1	2	3	4	5
Atento	1	2	3	4	5
Temeroso	1	2	3	4	5
Activado	1	2	3	4	5

DIA 5

RELLENAR DESPUÉS DEL TRABAJO

Hoy en el trabajo.....	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
He percibido con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He prestado atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
He vivido mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
No tengo ni idea de cómo me he sentido	1	2	3	4	5
He tenido dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He estado atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
He dado importancia a lo que he sentido	1	2	3	4	5
He estado confuso sobre lo que he sentido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he reconocido mis emociones.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he enfadado conmigo mismo por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me ha dado vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he creído que estaría así mucho tiempo	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, he creído que acabaría sintiéndome deprimido	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me ha resultado difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he siento fuera de control.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, me he sentido avergonzado conmigo mismo/a por sentirme así	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido como una persona débil	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he sentido culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
Cuando me he siento mal, he tenido dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, me he irritado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, regodearme en ello era todo lo que podía hacer	1	2	3	4	5
Cuando me he encontrado mal, me he comenzado a sentir muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he perdido el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, he tenido dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
Cuando me he sentido mal, mis emociones parecían desbordarse	1	2	3	4	5

Hoy...	Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4
Me siento quemado/a con mi trabajo	1	2	3	4
Me siento quemado/a después del día de trabajo	1	2	3	4
Me siento agotado física y mentalmente	1	2	3	4
Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

Me he sentido lleno de energía en el trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido fuerte y vigoroso/a en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
He sido muy persistente en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
Cuando me he levantado por la mañana , tenía ganas de ir a trabajar	1	2	3	4	5	6
Podía continuar trabajando durante periodos largos de tiempo	1	2	3	4	5	6
Incluso cuando las cosas no han ido bien, he continuado trabajando	1	2	3	4	5	6

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy ...

Mi trabajo ha requerido que interprete las emociones de los pacientes	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado ponerme en el lugar del otro	1	2	3	4
Mi trabajo ha implicado manejar situaciones de elevada intensidad emocional	1	2	3	4
Para hacer bien mi trabajo he necesitado hacer "un poco de psicólogo" con los pacientes	1	2	3	4
Ha sido importante en el trabajo estar atento a las emociones	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

Las personas con las que trabajo se han interesado por mí.	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han colaborado para conseguir que el trabajo salga	1	2	3	4
Las personas con las que trabajo han sido agradables	1	2	3	4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

Hoy en el trabajo.....

Mi supervisor ha conseguido que la gente trabaje en equipo	1	2	3	4
Mi supervisor se ha preocupado por el bienestar de las personas que están a su cargo	1	2	3	4
Mi supervisor ha colaborado para que el trabajo salga.	1	2	3	4

RELLENAR ANTES DE DORMIR

Ahora mismo ...

En absoluto ← → Completamente

Me siento vivo y con vitalidad	1	2	3	4	5	6	7
No me siento con mucha energía	1	2	3	4	5	6	7
Me siento tan lleno de energía que parece que voy a explotar	1	2	3	4	5	6	7
Estoy lleno de energía e ímpetu	1	2	3	4	5	6	7
Espero con impaciencia el nuevo día	1	2	3	4	5	6	7
Me siento alerta y despierto	1	2	3	4	5	6	7
Me siento motivado	1	2	3	4	5	6	7

Hoy...

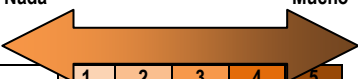
Totalmente en desacuerdo ← → Totalmente de acuerdo

Después del trabajo he sido capaz de desconectar	1	2	3	4	5
Cuando he salido del trabajo me he olvidado completamente del trabajo	1	2	3	4	5
He sido capaz de distanciarme del trabajo	1	2	3	4	5
He realizado actividades que me han ayudado a sentirme relajado	1	2	3	4	5
Después del trabajo me he tomado mi tiempo para descansar	1	2	3	4	5
Me he tomado mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen	1	2	3	4	5

En este momento me siento...

Nada ← → Mucho

Exhausto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Desgastado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Extenuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Respirando con dificultad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con palpitaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con calor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Con las articulaciones agarrotadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Entumecimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dolorido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pasivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Indiferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Somnoliento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Durmiéndome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bostezante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Nada  Mucho

En este momento me siento ...

	1	2	3	4	5
Disgustado	1	2	3	4	5
Hostil	1	2	3	4	5
Dispuesto	1	2	3	4	5
Avergonzado	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Decidido	1	2	3	4	5
Atento	1	2	3	4	5
Temeroso	1	2	3	4	5
Activado	1	2	3	4	5

Apéndice B

Material adicional intervención

Tabla 5.7. Descripción de la intervención ACT 2+1 implementada en el hospital

Sesión	Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión
1 (3horas)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Identificar barreras emocionales que impiden alcanzar una vida satisfactoria.</i> ▪ <i>Analizar la ineffectividad de la evitación experiencial a largo plazo.</i> ▪ <i>Observar la estrategia de control como problema en el ámbito de lo mental.</i> ▪ <i>Ofrecer la estrategia de aceptación psicológica como alternativa a través de la práctica de la conciencia plena (mindfulness).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Presentación y normas de funcionamiento.</i> - <i>Mural del estrés.</i> - <i>Indagación sobre lo que es una vida plena y el rol del estrés y otras barreras emocionales.</i> - <i>Exploración de mecanismos de evitación para controlar las barreras emocionales.</i> - <i>Confrontación ¿Cómo te ha ido?</i> - <i>El control es el problema.</i> - <i>Ejercicio experiencial de los limones.</i> - <i>Ejercicio del polígrafo.</i> - <i>Aplicación a la vida cotidiana con ejemplos.</i> - <i>La aceptación psicológica como alternativa.</i> - <i>Mindfulness como camino hacia la aceptación.</i> - <i>Mindfulness en la ciencia.</i> - <i>Elementos de mindfulness. Utilización de diferentes símiles y metáforas.</i> - <i>Ejercicio de la pipa.</i> - <i>Meditación en la respiración.</i> - <i>Body Scan o exploración corporal.</i> - <i>Explicación de tareas para casa y cierre.</i>
	Tareas para casa	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Lectura de dossier informativo.</i> ▪ <i>Test de comprensión de los contenidos.</i> ▪ <i>Viñeta “pillate durante la semana”.</i> ▪ <i>Meditación en la respiración todos los días 10-15 minutos.</i> 	
2 (3horas)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Clarificar valores y elegir las direcciones de sus vidas.</i> ▪ <i>Distinguir entre “yo contenido” y “yo contexto”.</i> ▪ <i>Integrar el uso de las técnicas de mindfulness para trabajar la aceptación psicológica al servicio de conseguir acercarnos a nuestros valores y metas personales.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Recopilación de dudas.</i> - <i>Feedback de la práctica en casa.</i> - <i>Repaso de la sesión anterior.</i> - <i>Los valores personales como guía en la vida.</i> - <i>Ejercicio experiencial del catalejo.</i> - <i>Mural de acciones, metas y valores.</i> - <i>La función de las barreras psicológicas.</i> - <i>Meditación en los pensamientos.</i> - <i>La fusión cognitiva.</i> - <i>Meditación en las emociones.</i> - <i>Dinámica grupal del tablero de ajedrez.</i> - <i>Explicación de tareas para casa.</i>
	Tareas para casa	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Meditación en pensamientos y emoción.</i> ▪ <i>Ejercicio de clarificación de valores.</i> ▪ <i>Ejercicio de consistencia con valores.</i> 	
3 (3horas)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Reforzar contenidos.</i> ▪ <i>Discutir barreras para alcanzar la dirección hacia nuestros valores.</i> ▪ <i>Ver la relación de los contenidos del taller dentro del ámbito laboral.</i> ▪ <i>Integración en un marco más amplio y de la vida diaria.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>El sabio consejo del maestro tortuga.</i> - <i>Feedback de la práctica en casa y dificultades.</i> - <i>Recordatorio de las dos sesiones previas.</i> - <i>Ejercicio experiencial del agua.</i> - <i>Ejemplos del efecto de la evitación.</i> - <i>Metáfora de la tortuga.</i> - <i>Metáfora del dique de los agujeros.</i> - <i>Metáfora del invitado molesto.</i> - <i>Dinámica grupal “twister de lo negativo”.</i> - <i>Dinámica grupal “llevar la mente a paseo”.</i> - <i>Ejercicio de la pila y la energía.</i> - <i>Autocompasión y meditación metta.</i> - <i>Mindfulness en el día a día.</i> - <i>Meditación informal.</i> - <i>Cierre y despedida individual.</i>
	Tareas para casa	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Practicar las meditaciones semanalmente con ayuda del CD entregado.</i> ▪ <i>Integrar mindfulness en el día a día.</i> 	

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Nos interesa mucho conocer su opinión acerca del taller para el manejo del estrés implementado en el hospital. Por este motivo, nos ayudaría conocer su respuesta a algunas preguntas. Una vez más le garantizamos que sus respuestas serán totalmente anónimas.

Trasmisión de la información	Poco	Mucho
<i>¿En qué grado considera útiles los contenidos de este taller?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>¿Qué grado de claridad le ha supuesto los contenidos teóricos del taller?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>¿Qué grado de claridad le han supuesto los ejercicios experimentados durante las sesiones?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>En general ¿qué grado de satisfacción le ha generado el taller?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>¿Cómo valora la competencia de los docentes que lo impartieron?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>¿Cómo valoraría su duración?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Recepción de la información	Poco	Mucho
<i>¿En qué medida cree que ha comprendido los contenidos y actividades del taller?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>¿En qué medida ha satisfecho sus expectativas u objetivos personales?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<i>¿En qué medida ha generalizado el contenido a su vida cotidiana?</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Tareas realizadas (señale con una cruz las tareas que Sí ha realizado)		
<i>Lectura del dossier</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>Test de conocimientos.....</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>Registro "pillate durante la semana"</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>Práctica de mindfulness en casa</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>¿Cuántas veces en total aprox.?.....</i>	—	
<i>¿Cuántos minutos al día?</i>	—	
<i>¿Cuántos días a la semana?</i>	—	
<i>¿Cuáles de los siguientes ejercicios ha realizado con más frecuencia?</i>		
• <i>Meditación en la respiración.....</i> <input type="checkbox"/>	
• <i>Meditación en el cuerpo o body scan.....</i> <input type="checkbox"/>	
• <i>Meditación en las emociones.....</i> <input type="checkbox"/>	
• <i>Meditación en los pensamientos.....</i> <input type="checkbox"/>	
• <i>Meditación en el ahora.....</i> <input type="checkbox"/>	
• <i>Meditación metta</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Tarea de "clarificación de valores personales"</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Tarea de "estado de valores VLQ-2".....</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sesiones a las que he asistido</i>	<input type="checkbox"/> Sesión 1	<input type="checkbox"/> Sesión 2 <input type="checkbox"/> Sesión 3

Estrés laboral

en el ámbito sanitario

¿Qué es el estrés laboral?

El estrés es una respuesta que emite nuestro organismo cuando se encuentra bajo un estado de cierto desequilibrio. Los factores que generan ese estrés son lo que comúnmente llamamos "estresores". A veces no tienen porque ser exclusivamente objetivos y reales (por ejemplo: *exceso de trabajo*). Cuando las personas valoramos que no tenemos recursos para afrontar determinadas demandas y exigencias de nuestro entorno se puede producir una respuesta de estrés que variará de una persona a otra.

El estrés por tanto no sólo proviene del ambiente, sino que depende de quién lo vive y como lo vive. De la misma manera, lo que esa persona pueda hacer y haga a partir del momento en el que valora que su organismo se encuentra bajo una situación de riesgo determinará su respuesta de estrés.

El estrés laboral lo vamos a considerar bajo este punto de vista como un conjunto de síntomas y

señales que manifestamos cuando se produce un desequilibrio entre las demandas y exigencias procedentes del trabajo y los recursos que tenemos los trabajadores para hacerles frente.

Sus manifestaciones son muy diversas y pueden incluir irritabilidad, preocupación, temores, inseguridad, un sentimiento de presión y urgencia por hacer las cosas, pensamientos negativos sobre uno mismo, bloqueo mental, dificultad para tomar decisiones, reducción de nuestra capacidad atencional y mnésica y síntomas físicos, como tensión, sudoración, palpitaciones, temblores, molestias en el estómago, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dolores de cabeza, mareos y náuseas, entre muchos otros. Nuestro comportamiento también refleja muchas veces ese estrés en el trabajo, evitando situaciones que tememos, fumando o bebiendo alcohol en exceso, consumiendo tranquilizantes, mostrando inquietud, yendo de un sitio para otro sin saber



El estrés laboral afecta a muchos profesionales de la salud

muy bien a dónde, llorar fácilmente o quedándonos paralizados ante ciertas circunstancias.

El estrés laboral se trata de un fenómeno que cada vez resulta más frecuente en el mundo profesional y no sólo se ve reflejado en la persona, las organizaciones también muestran síntomas de estrés en forma de mayor número de bajas laborales entre sus empleados, intenciones de abandonar la organización y una reducción en la calidad del servicio que prestan.

¿A quién afecta?

El estrés laboral no entiende de edad, sexo, etnia u ocupación. Realmente, la mayoría de los empleados de una organización se pueden ver amenazados por el estrés en un determinado momento de sus vidas. Sin embargo, la literatura e investigación recogen una serie de factores organizacionales, del puesto de tra-

bajo y de la tarea que son intrínsecamente estresantes y que se dan de una manera más habitual en determinadas profesiones.

Quizá los sectores más estudiados y también donde mayores niveles de estrés se han encontrado por la presencia de estos factores son el

sector educativo y el sanitario. La labor continua de asistir a otras personas puede reducir y desgastar los recursos personales y poner en peligro la salud de aquellos que satisfacen las necesidades de los otros. En nuestro caso, los profesionales del sector sanitario tienen que lidiar con la creciente presión

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, el 44% de profesionales sanitarios perciben que el estrés forma parte de su día a día de trabajo

asistencial de nuestros tiempos, con las expectativas sociales de su trabajo, la responsabilidad civil y penal que conllevan sus prácticas médicas y con las elevadas demandas emocionales derivadas del contacto con sus pacientes, compañeros y superiores. Pero no son los únicos elementos procedentes de este sector los que le hacen ser más vulnerable al estrés. Los profesionales sanitarios son desgraciadamente y cada vez más testigos y a veces víctimas de actos injustos procedentes de aquellos a quienes dedican todos

sus esfuerzos y cuidados diarios. En el año 2012 se produjeron en España 416 agresiones a médicos, según la Organización Médica Colegial de España (OMC, 2012). Los servicios de atención primaria, urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias fueron las áreas más castigadas. También los profesionales de la enfermería son especialmente vulnerables a este tipo de agresiones. En el mismo año se produjeron 925 agresiones a enfermeras/os procedentes en su mayoría de las áreas de atención primaria y del hospital.

Como hemos comentado al inicio, la valoración de amenaza que haga el trabajador, los recursos personales de los que disponga y de los que le provea su institución harán que la respuesta de estrés sea más o menos acusada.

En definitiva, el estrés laboral entre los profesionales de la salud es una respuesta normal entre los trabajadores de este sector a un entorno que contiene elementos organizacionales y laborales de riesgo. Conocer e identificar sus causas nos hará prevenirlo mejor antes de que aparezca.

¿Cuáles son sus causas?

¿Por qué los profesionales de la salud nos estresamos? Han sido muchos los intentos de los investigadores por dar una respuesta completa a esta pregunta. Desde hace muchos años viene apareciendo un elemento común en muchos de los trabajos sobre estrés laboral en nuestro sector: **la relación con el paciente**. El personal sanitario suele satisfacer necesidades relacionadas con la salud de sus pacientes y éstos muchas veces se encuentran en una situación de vulnerabilidad, que puede ser real y percibida. Por ello y habitualmente las necesidades de éstos van más allá de lo estrictamente relacionado con su salud física y en no pocas ocasiones nos encontramos con que los pacientes tienen **necesidades y demandas emocionales** para las que a veces no estamos tan preparados. Otras veces sí lo estamos, pero se suman a la **carga física y emocional** que ya tenemos en nuestro día a día. Tampoco la **presión y urgencia** con la que se han de resolver a veces las necesidades dentro de este sector ayuda a no sentir estrés.

Seguramente hubo días en los que estuvisteis cansados o tristes por algún motivo y tuvisteis que fingir que todo iba bien de cara a los compañeros o frente a los pacientes: es el llamado **trabajo emocional**, que se produce en aquellos puestos donde tenemos **poco control sobre nuestros horarios** de trabajo. Esta conciliación se torna aún más complicada en el caso de **los turnos rotatorios y nocturnos**, que ya de por sí son estresantes por que alteran el ritmo normal de actividad y no permiten establecer una rutina diaria.

La tarea de ayudar a otras personas genera estrés, pero no es la única causa

En otras ocasiones, el estrés se va a derivar del hecho de que a veces recibimos órdenes ambiguas o poco clara por parte de nuestros supervisores y de no saber muy bien cuáles son las funciones y tareas que debemos desempeñar en nuestro día a día de trabajo: es el denominado **estrés del rol**.

Esa falta de claridad en las funciones y tareas a veces es producida por los **continuos cambios** que se producen en **los equipos humanos y tecnológicos** dentro del sector sanitario. Nuestro sistema de salud es uno de los más avanzados y ello requiere la continua actualización de conocimientos por parte de sus profesionales. A veces esta actualización no



El profesional sanitario se enfrenta diariamente a multitud de estresores

es posible por otro de los grandes problemas de nuestro siglo y que genera un alto estrés: la falta de **conciliación entre la vida laboral y personal**.

La conciliación de nuestro trabajo con nuestra vida personal y familiar se hace complicada cuando tenemos **poco control sobre nuestros horarios** de trabajo. Esta conciliación se torna aún más complicada en el caso de **los turnos rotatorios y nocturnos**, que ya de por sí son estresantes por que alteran el ritmo normal de actividad y no permiten establecer una rutina diaria.

Pero hasta ahora sólo hemos mencionado causas generadoras de estrés relacionadas con el trabajo. También ciertas características del trabajador pueden ayudarle a sentirse más estresado. Se sabe que las personas que tienen un estilo de **pensamiento pesimista**, cierta sensación de **falta de control** en sus vidas, **falta de apoyo social**, **malos hábitos de salud** (como la falta de sueño, la mala alimentación o la falta de actividad física) y escasas oportunidades de recuperación del trabajo tienden a sentir más estrés. Sentirse eficaz en la tareas que uno desempeña en su trabajo diario

es importante (**autoeficacia**), y cuando uno no lo siente suele ser fuente de gran insatisfacción personal y laboral.

En este dossier queremos hacer especial hincapié en otra característica del trabajador: la manera en la que regula sus emociones y la forma en la que afronta las situaciones difíciles del día a día. Las personas que no comprenden las emociones que sienten, que no se permiten sentir las o expresarlas, que además les impiden llevar una vida comprometida o alcanzar sus metas personales, suelen sentir mayores niveles de estrés. Ocurre lo mismo cuando no somos capaces de identificar y comprender las emociones de los otros. Vivimos en un mundo social, donde se hace necesario un mayor conocimiento de las emociones, ya que forman parte de nuestro día a día, y están presentes en todos nuestros contactos e interacciones. Desconocer su funcionamiento nos puede situar en una posición de desventaja, especialmente en el contexto sanitario, donde constantemente se nos esta demandando su conocimiento y manejo.

Y por último, aquellos profesionales que no son capaces de distanciarse psicológicamente del trabajo o desconectar cuando terminan su jornada laboral también tienen más probabilidad de padecer estrés. La incapacidad que tenemos muchas veces para distanciarnos del trabajo tiene que ver mucho con un **estilo rumiativo de pensamiento**, es decir, con la necesidad constante que tienen algunas personas de estar pensando en las dificultades que han tenido durante el día. Este estilo de pensamiento, además de impedir que nos relajemos y recuperemos, au-

menta el estrés, ya que constantemente hace que revivamos el problema y las emociones que nos generaron las situaciones.

Si las nuevas tecnologías nos han proporcionado muchas ventajas y reducido muchos estresores, también nos han posibilitado el estar constantemente "conectados" con el mundo del trabajo. Hoy en día es mucho más sencillo recibir durante nuestra jornada de descanso un e-mail de trabajo y responder, o un mensaje de un compañero intentando cambiar el turno de trabajo o simplemente contándonos cómo le fue la jornada de trabajo. En definitiva, nos recuperamos poco y mal del



La adaptación a las tecnologías requiere de tiempo y esfuerzo.

trabajo. En el siguiente punto vemos las consecuencias de estar constantemente activado.

¿Cuáles pueden ser sus consecuencias?

Prácticamente todos hemos pasado por un momento de la vida en el que hemos sentido que teníamos más estrés de lo normal. Cuando fué así, no se acabó todo. Con el tiempo nos fuimos recuperando y comprobamos que se puede vivir después de un periodo de estrés, aunque cuando lo estuviéramos sufriendo pensáramos que no. Es más, en muchas ocasiones el estrés nos ha servido para afrontar las exigencias que nos demandaban nuestros entornos más próximos y para haber respondido a ellos con mayor eficacia. Y es que es cierto que mantener un nivel mínimo de estrés nos va a permitir estar más en alerta, más motivados y producir más. De lo contrario, el día a día podría volverse muy monótono.

El problema del estrés no es por tanto sentirlo en un momento o periodo concreto, sino que se quede con nosotros largos periodos de tiempo a niveles de intensidad elevados. Cuando esto sucede, el organismo entra en una zona de riesgo y nos convertimos en seres más vulnerables.

El estrés laboral crónico va a afectar al bienestar físico y mental del trabajador. A nivel físico, se ha demostrado como largos periodos de estrés generan mayor probabilidad de sufrir un trastorno cardiovascular, como la hipertensión arterial o los infartos. También el estrés crónico favorece la aparición de trastornos musculoesqueléticos, uno de los principales motivos de baja laboral, de trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño y otros trastornos psicósomáticos. Las reservas de energía se agotan si el estrés permanece durante mucho tiempo y por ello no es extraño que aparezcan también sensaciones de fatiga crónica, dolor y falta de vitalidad.

A nivel mental, el estrés crónico favorece el desgaste profesional del trabajador,

Sentir estrés durante un periodo concreto de tiempo no es negativo, el problema es cuando se cronifica

lo que se conoce como "síndrome de estar quemado en el trabajo" o en inglés "burnout". El desgaste profesional lo sienten aquellos trabajadores que experimentan la vivencia de encontrarse emocionalmente agotados debido al contacto diario con las personas a las que tienen que atender y sentimientos de no poder dar más de sí en el ámbito afectivo (**agotamiento emocional**).



El bienestar físico y mental del trabajador se ven afectados

El profesional desgastado también desarrolla actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja (entre ellos los pacientes), llegándoles a culpabilizar de sus problemas (**despersonalización**). Y por último, van adquiriendo una tendencia a evaluarse negativamente en torno a las propias habilidades para realizar su trabajo, es decir, el profesional cada vez va sintiendo que no es capaz de desempeñar su puesto de trabajo (**desrealización**).

Pero no son las únicas consecuencias de mantener niveles elevados de estrés durante mucho tiempo. Otros trastornos como la ansiedad o depresión

podrían aparecer. Tampoco es raro que el profesional recurra al consumo de sustancias para reducir temporalmente su estrés, sin lograr un éxito en su control a largo plazo, lo que acaba generando un problema adicción a esa sustancia.

Además, el estrés no sólo lo vive la persona que lo sufre. Cuando estamos estresados durante mucho tiempo cometemos más errores y disminuye nuestro rendimiento mental. Nuestra capacidad atencional y mnésica se ve reducida. Ello puede generar graves consecuencias en un entorno sanitario como el nuestro, por las repercusiones que puede tener hacer mal un procedimiento. También podemos generar tensión en el grupo de compañeros a través del proceso conocido como *contagio emocional*. Las emociones negativas se contagian entre las personas, y en el lugar de trabajo especialmente por el número de horas que pasamos juntos. Ello provoca espirales de emociones negativas que no hacen sino que reforzar más aún la tensión y generar más estrés en el lugar de trabajo.

A pesar de todo ello, todos los trabajadores tienen la capacidad de hacer algo cuando notan que sus niveles de estrés están superando sus umbrales de resistencia y con ello prevenir todas las consecuencias que hemos ido describiendo. Conocer nuestros umbrales personales es un paso previo para saber cuando poner en marcha estrategias para reducir el estrés que sufrimos, pero no es el único. A veces pasamos la línea roja y postergamos la puesta en práctica de acciones dirigidas a recuperarnos, pensando que el estrés desaparecerá por sí solo. Sin embargo, es necesario comprometerse activamente a poner en práctica acciones concretas. A lo largo de las siguientes secciones vamos a mostraros una serie de recursos de los que podríais hacer uso y que creemos podrían seros útiles para no llegar a sentir tanto las consecuencias negativas del estrés y podáis recuperarnos más fácilmente.

En definitiva...

El estrés laboral es un problema que cada vez está más presente en el mundo laboral y afecta enormemente a los profesionales de la salud, entre ellos los médicos y las/los enfermeras/os. Entendemos por estrés laboral un conjunto de síntomas emocionales, cognitivos, fisiológicos y comportamentales que emite nuestro organismo y que está causado por factores de la organización en la que se trabaja y por características del puesto y la tarea que se desempeña (véase el turno de trabajo, la labor emocional de la actividad, la sobrecarga

o la presión temporal). Algunas características personales de los trabajadores también pueden provocar que esa respuesta de estrés sea más acusada.

En algunas ocasiones el estrés nos va a facilitar mantener unos niveles adecuados de energía, que nos van a permitir rendir mejor. Sin embargo cuando la respuesta de estrés permanece durante mucho tiempo

y de manera intensa o frecuente, se puede volver en nuestra contra y pueden aparecer serias consecuencias que terminen dañando nuestro bienestar físico y mental. Activar los procesos de recuperación que permitan devolver al organismo cierto estado de equilibrio será fundamental para que no aparezcan las citadas consecuencias y en este sentido el trabajador a de tomar una postura activa y responsable frente a su propio autocuidado.



Los recursos del trabajador

Todas las personas tenemos fortalezas y virtudes que hemos ido desarrollando a lo largo de nuestra vida. En cada uno de nosotros residen ciertas habilidades o características personales que nos hacen únicos e intransferibles. Lo mejor de todo es que nuestra capacidad de aprendizaje nos va permitir ampliar muchas habilidades personales en el futuro. Es más, van a existir potencialidades en nosotros mismos que aún desconocemos y aún no hemos explorado. Con el paso del tiempo entraremos en contacto con nuevas circunstancias, personas y demandas que nos harán movilizar algunos de los recursos personales que ya conocemos y sacar a la luz otros que nos eran desconocidos.

Sabemos que siempre ha existido una concepción acerca de la personalidad como algo que no cambia, inmutable en el tiempo, algo que llegados a una edad se mantiene estable. Y sin negar que todos tenemos un temperamento y carácter determinado, se ha demostrado como las personas también son capaces de modificar ciertos aspectos de su persona y adquirir nuevos recursos y habilidades personales a lo largo de

toda su vida. Un enfoque que se centra en los recursos del trabajador es un enfoque que apuesta por su capacidad de aprender cosas nuevas. Los recursos se pierden y se ganan y en este sentido se abre la puerta a que si una persona no cuenta con determinadas herramientas para afrontar su día a día, pueda adquirirlas. De la misma manera, en las épocas en las que vivimos con más estrés y agobiados podemos perder recursos, por ejemplo, de tipo energético, como nuestra **vitalidad**. Con las pautas adecuadas y poniendo en marcha actividades de recuperación seremos capaces de recuperar los recursos energéticos, como lo es nuestra energía.

La energía es un recurso fundamental de todas las

personas y ello se va a hacer aún más evidente en el lugar de trabajo. Si no tenemos energía no seremos capaces de conseguir otros recursos, de entablar contactos, de rendir en el trabajo, de aguantar nuestra jornada de trabajo. Pero también será importante de cara a nuestra vida personal, para conseguir recursos en éste área. Si estamos agotados emocionalmente apenas querremos entablar contacto con nuestros seres queridos o disfrutar de actividades conjuntas: nos faltará la energía para hacer y conseguir cosas.

Una **personalidad resistente** frente al estrés es como tener un tesoro. Las personas resistentes creen en la importancia y valor de lo que uno mismo es y de aquello que hacen. Tienden a

implicarse en todas las actividades de la vida, incluido el trabajo, las relaciones personales y las instituciones sociales. Además tienen un sentimiento importante de comunidad, de compromiso con los que nos rodean. Las personas con este **compromiso** con la comunidad se benefician del sentimiento de que pueden ayudar a otros en situaciones estresantes si éstos lo necesitan. Y este sentimiento es muy importante en un sector



como el sanitario, donde las personas que acuden a nuestro centro es porque necesitan ayuda relacionada con su salud. Es muy probable que todos nosotros tengamos en alguna medida desarrollada esta fortaleza personal.

Las personas resistentes también tienen otra cualidad: tienen una tendencia a pensar y a actuar con la convicción de que pueden influenciar en el curso de los acontecimientos de sus vidas. Las personas con esta cualidad buscan

las explicaciones sobre el por qué de los acontecimientos no sólo en las acciones de los demás, sino en su propia responsabilidad.

La adquisición de recursos personales es posible

Sin duda esto permitirá que las personas se sientan capaces de actuar de forma efectiva por cuenta propia. Pero cuidado: habrá ocasiones en las que el curso de los acontecimientos no estará en nuestra mano ni dependerá de nosotros mismos, y ahí es importante saber cuando uno tiene que redirigir sus esfuerzos a otros objetivos o metas. Esta **flexibilidad psicológica** también será un importante recurso del trabajador. El ser capaz de cambiar el foco de nuestra atención de una cosa a otra sin quedarnos "enganchados" a las situaciones. Una última característica de las personas resistentes es que mantienen la creencia de que

el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Cuando mantenemos esta visión, la ocurrencia de acontecimientos novedosos y estresantes, producidos muchas veces cuando cambian las circunstancias, pueden verse como una oportunidad e incentivo para el crecimiento personal y no como una amenaza a nuestra seguridad.

Otra característica que nos ayudará a manejar mejor el estrés cotidiano y mantenernos saludables es mantener cierto **sentido de coherencia** en la vida. Las personas que se manejan con ese sentido de coherencia comprenden el mundo que les rodea, lo perciben como algo ordenado e incluso son capaces de predecir los acontecimientos (**comprensibilidad**), perciben que tienen recursos disponibles para afrontar las demandas del ambiente (**manejabilidad**), y buscan los recursos necesarios para afrontar las situaciones. Además, la vida les supone un reto y creen que merece la pena establecer un compromiso e inversión emocional en las distintas circunstancias que conforman su día a día (**significatividad**).

Tanto el sentido de coherencia como la personalidad resistente no son cosas con las que uno nace. Se van fraguando en nuestra historia de aprendizaje, y por ello se pueden trabajar en el día a día para seguir fortaleciéndolas. Pero no son las únicas fortalezas que el trabajador podría desarrollar. Se ha comprobado como características como el **optimismo** podrían aprenderse. Las personas optimistas suelen considerar que los fracasos o dificultades son barreras que se pueden superar y por ello persisten mucho más en las tareas a pesar de las dificultades. Además, los fracasos no los viven como algo exclusivamente de ellos, sino producto también de las circunstancias, lo que les hace seguir adelante con mayor facilidad. También el sentimiento de que se están haciendo bien las cosas de nuestro trabajo, que somos competentes y eficaces (**autoeficacia percibida**) es algo que se puede aprender y poner en práctica.

Por último, mencionar el importante recurso que constituyen las herramientas de manejo o **regulación emocional** de los trabajadores. Aunque más adelante dedicaremos un epígrafe sobre ello, queríamos mencionarlo aquí como recurso personal fundamental a la hora de hacer frente a las demandas del trabajo y de nuestra vida personal. Nuestro día a día en el hospital y fuera de él está lleno de interacciones con compañeros, supervisores, pacientes, familiares, amigos. Todos ellos nos generan emociones. Incluso en nuestra más

completa intimidad sentimos emociones. Conocerlas y saber manejarlas será clave para sentirnos bien.



Nuestros recursos personales son nuestra gran fortaleza

Los recursos del equipo de trabajo

Alguna vez has pensado en la importancia que tienen los recursos de los que dispone el lugar y equipo con el que trabajas a la hora de prevenir el malestar de los trabajadores?. Seguramente sí, pero muchas veces desconocemos cuáles son esos recursos y cómo actúan. Vamos a hacer un repaso de todos aquellos elementos que hacen de una organización un lugar de trabajo que permite el crecimiento de sus trabajadores.

Uno de los recursos más importantes con los que cuenta un hospital son **los equipos de trabajo**, el grupo de compañeros. Que a las personas con las que uno trabaja les guste trabajar en equipo, colaboren para que el trabajo diario salga adelante, sean agradables y se interesen por el trabajo de cada uno fomenta el bienestar laboral. En este sentido contar con el **apoyo de los compañeros** será un recurso clave para afrontar las demandas y exigencias de trabajo.

Una adecuada **supervisión** de nuestro trabajo será también imprescindible. Que nuestro supervisor consiga que la gente trabaje en equipo, colabore en que el trabajo salga adelante, y se preocupe



por el bienestar de las personas que están a su cargo es importante para que los trabajadores estén satisfechos en su lugar de trabajo y sientan menos estrés. La opinión de los trabajadores es muy importante, son quienes más cerca están de los pacientes y de los problemas que aparecen en el día a día de trabajo. Por ello que el supervisor preste atención a lo que ellos dicen es fundamental. De igual manera, cuando el hospital

permite a sus trabajadores **formar parte del proceso de toma de decisiones** referentes a los distintos procedimientos de trabajo va a conseguir generar una mayor implicación y motivación en el trabajador. La supervisión puede o no dar **feedback** a sus empleados. Para algunos trabajadores la retroalimentación de cómo hacen su trabajo les permite crecer profesionalmente. Este feedback debe de ser siempre positivo y constructivo, focalizándose en lo que se hizo bien y en aquellas cosas que podrían mejorarse, siempre ofreciendo alternativas y la manera adecuada de hacer el trabajo. Es importante que el trabajador perciba que su trabajo le ofrece **posibilidades de desarrollo, tanto personal, como laboral.**

Además, los empleados que su trabajo les da la oportunidad de desarrollar sus habilidades especiales, ser creativos, tomar decisiones por sí mismo e influir en lo que ocurre en su puesto también se van a comprometer más con él. Este recurso, conocido como **autonomía**, también predice enormemente la salud y el bienestar.

Y tú, ¿has pensado alguna vez en buscar activamente algunos de los recursos ya mencionados?

Aprender a recuperarse

Recuperarse del estrés es posible y necesitamos adoptar un verdadero compromiso y ser activos con ello . De la misma manera que organizamos en nuestra agenda los días que trabajamos, los días que descansamos y nuestras obligaciones, también sería importante que organizáramos ¡incluso plasmásemos! en esa agenda cuál será la **planificación de nuestro tiempo libre** durante la semana. Es importante que fuera del trabajo podamos decidir los horarios para cada cosa y decidir cómo pasar nuestro ocio y descanso.

Recuperarse debe ser un propósito explícito del trabajador

lezas, virtudes o habilidades que desconocemos o sobre las que nunca nos paramos a pensar. El día a día de trabajo y la rutina doméstica nos obliga a estar la mayor parte del tiempo activos y a no tener mucho tiempo para paramos a pensar sobre qué cosas nos pueden gustar o sobre qué cosas se nos pueden dar bien y ponerlas en práctica. Algunas personas además piensan que nada se les da bien o que no tienen ningún *hobbie* que puedan realizar y por ello no lo practican.

meramente el absoluto descanso tumbados en un sofá no nos ayudará a recuperarnos si no somos capaces de **distanciarlos psicológicamente del trabajo** cuando termina nuestra jornada laboral.

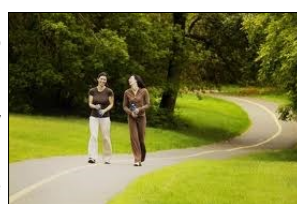
Cuando salimos del trabajo a veces seguimos dándole vueltas a una tarea que se quedó por hacer, a una conversación que mantuvimos con un compañero o supervisor, o revisando si hicimos bien nuestro trabajo. No es infrecuente que estas preocupaciones estén presentes cuando estamos dando un paseo, practicando ejercicio o cuando estamos ya con nuestros seres queridos en casa. Esto nos ayuda poco a sentirnos relajados y recuperados para después coger con ganas nuestro periodo de descanso. Es más, aquellas personas que no se distancian emocionalmente del trabajo, al día siguiente comienzan la jornada de trabajo más agotados emocionalmente.

Sabemos que lograrlo no es fácil, y si bien algunas personas lo hacen fácilmente, otras personas deben hacer un esfuerzo por olvidarse completamente del trabajo cuando terminan su jornada laboral. Por ello creemos que el trabajador debe

También será importante a la hora de recuperarnos **realizar actividades que nos ayuden a sentirnos relajados**, tomarnos un tiempo para descansar y realizar actividades que nos distraigan y satisfagan. Aprender ejercicios de relajación, meditación o yoga, entre muchas otras actividades, pueden ayudarnos a la hora de sentirnos más descansados. Conocer los beneficios de la respiración abdominal e incorporarla en nuestras actividades cotidianas nos hará sentir mucho mejor.

Sin embargo, a veces uno necesita probar varias actividades para darse cuenta de cuál es la suya. No tenemos porque conocer lo que se nos da bien o lo que nos gusta a priori. Por ello te animamos a que seas curioso y explores todas tus posibilidades. Además de a recuperarnos, practicar otras actividades que se nos dan bien, nos ayudará a sentirnos competentes en más de un área. Ello va a facilitar que cuando no vayan bien las cosas , por ejemplo en el trabajo, uno no pierda todo su sentido de competencia personal y lo recupere pronto.

Pero practicar cualquier tipo de actividad de relajación, de aprendizaje de nuevas habilidades o



Un paseo relajado puede ser una óptima experiencia de recuperación

mantener un compromiso activo con sus procesos de recuperación, implicándose en actividades que le relajen, que expandan sus habilidades y les mantenga distraídos con otros temas más allá de los que le proporciona el trabajo. Y tú, ¿ que sueles hacer para recuperarte en tu día a día?

Gestionando nuestras emociones

Las emociones son una parte fundamental de nuestra vida. La influencia de las emociones sobre nuestra personalidad, sobre nuestra conducta, sobre las interacciones con otras personas y en las dinámicas del trabajo está más marcada por variables emocionales que de otro tipo.

La felicidad, el amor, la gratitud, la compasión, la alegría, el orgullo, el alivio, la esperanza, la tristeza, la ansiedad, el miedo, el enfado, la envidia o los celos son algunos ejemplos de emociones. Todas ellas forman parte de nosotros. Como seres humanos estamos capacitados para sentir las y por ello en algún momento las hemos podido experimentar en mayor o menor medida.

El lugar de trabajo es un como un escenario de teatro donde las emociones son como los actores y actrices: constituyen uno de los elementos principales. Acudimos al trabajo con sentimientos y sensaciones procedentes de nuestra vida personal. Comenzamos la jornada de trabajo interactuando con compañeros, supervisores, pacientes y familiares. Todos ellos interactuarán con nosotros desde sus emociones, ideas, pensamientos, deseos y esperanzas. A lo largo de la jornada de trabajo sucederán muchas cosas que van a provocar que nuestras emociones cambien, a veces para el lado positivo, otras para el lado negativo. Por ello, podemos decir que la vuestra es una profesión con un gran componente emocional.

Como el carpintero que necesita del serrucho para cortar la madera o el herrero del martillo para forjar el hierro, los profesionales que trabajamos asistiendo a otras personas también necesitamos de herramientas que nos ayuden a afrontar mejor todas las demandas de nuestro entorno laboral. Los conocimientos y procedimientos técnicos de nuestro trabajo son imprescindibles y se nos enseñan correctamente en las facultades y después en los correspondientes puestos de trabajo donde desarrollamos la práctica clínica. Sin embargo a veces no se nos da una herramienta básica para desarrollar mejor nuestro trabajo: estrategias de manejo emocional para utilizarlas con el paciente y con uno mismo. Nos falta cierta formación acerca de cómo gestionar las emociones. Y esto puede generar malestar, insatisfacción y estrés si resulta que en nuestro puesto de trabajo estamos manejando emociones diariamente.

¿Qué habilidades nos pueden ayudar a gestionar mejor nuestras emociones y las de otros?

En primer lugar una de las habilidades más básicas de gestión emocional va a ser la de ser

capaz de **identificar y ser conscientes de las emociones que experimentamos**. Si no somos conscientes de ellas, nada podremos hacer por ellas, ni para bien ni para mal. De la misma manera puede ser muy importante ir adquiriendo la capacidad de **discernir los estados emocionales ajenos**. A partir de entonces podremos hablar de gestión emocional. Pero no sólo es importante identificarlas, sino también compren-



Los profesionales sanitarios tienen que hacer frente a importantes demandas emocionales en su día a día.

derlas, darles un marco de actuación, es decir, saber de donde provienen, cuál es su función, y por qué se expresan de la manera en la que se expresan. Por ejemplo, ante el enfado que nos puede generar una situación laboral, nos ayudará mucho a la hora de manejar ese enfado saber de donde proviene y comprender que cuando uno está enfadado se siente y experimenta una serie de sensaciones que son diferentes a cuando uno tiene miedo o vergüenza.

Una segunda habilidad emocional será la de **tener destreza a la hora de manejar emociones negativas y estresantes**.

Para ello es importante contar con la capacidad de aceptar las emociones negativas y desagradables, que explicaremos extensamente en el siguiente epígrafe. Ser capaz de seguir con nuestra vida a pesar del malestar emocional es una habilidad importante que se puede desarrollar. Con ello no pretendemos invitar a que las personas olviden sus problemas o sus emociones, sino que desarrollen una capacidad para poder seguir viviendo bien a pesar de la presencia incómoda o bloqueante de determinadas emociones negativas. Relacionado con ello está la **habilidad emocional de controlar nuestros impulsos** cuando éstos se generan por

emociones negativas como el enfado, la rabia o el odio. Sin duda la expresión de estas emociones es importante y necesitamos saber cuál es la mejor manera de expresar esas emociones de la manera más funcional posible, es decir, sin costes añadidos en nuestras relaciones, entornos laborales y sobre todo para nosotros mismos. Pero los impulsos provocados por las emociones negativas no son los únicos que debemos controlar. A veces la euforia o alegría desmedida nos puede llevar a circunstancias incómodas. Por ejemplo, puede ser poco funcional permanecer una semana entera informando a las mismas personas y repetidamente sobre tu ascenso salarial, ¡llegará un momento en el que ya no quieran oírnos más!. Por lo tanto la **capacidad para regular la intensidad de nuestras emociones y los comportamientos asociados** es una habilidad importante que nos puede llegar a ayudar en ciertos contextos.

Hablando de emociones positivas ¿te has preguntado alguna vez porque los periodos de tristeza, ansiedad o estrés tienden a permanecer más en nosotros que cuando sentimos alegría u orgullo por haber conseguido un reto?. Generalmente las emociones negativas movilizan muchos más recursos atencionales que las positivas. Cuando sentimos ansiedad, tristeza, miedo o rabia tendemos a rumiar más acerca de las situaciones que nos han generado esa emoción. Ello facilita que las mantengamos durante mucho más tiempo. Sin embargo, las emociones positivas tendemos a pasarlas más por alto, a no saborearlas de verdad y buscar activamente que permanezcan con nosotros durante más tiempo. **La habilidad de generar y mantener emociones positivas también será un recurso importante de regulación emocional** que nos generará bienestar y nos prevendrá del estrés.

Algo que nos puede ayudar a sentirnos mejor es la expresión de las emociones, tanto las positivas, como las negativas. Está demostrado que las personas que suprimen absolutamente la expresión de sus emociones negativas se sienten peor que aquellos que las expresan. Además, al no expresar las emociones se suele tener una respuesta fisiológica negativa más amplia que cuando sí lo hacemos. De la misma manera expresar las emociones positivas puede ayudar a mantener sus efectos durante más tiempo, al compartirlas con más gente en distintos lugares. Se trata de una cuestión de grado. Expresar es bueno, expresar a todas horas y en cualquier circunstancia puede ser disfuncional. Aprender la habilidad de cuándo y dónde podemos hacerlo no deja de formar parte de nuestra inteligencia emocional. En el siguiente apartado veremos una estrategia emocional específica que nos puede ayudar.



Aceptando nuestras emociones

Aceptar nuestras emociones, sensaciones y pensamientos desagradables es una estrategia saludable para la gestión del estrés. Mientras que la aceptación emocional permite el ahorro de energía, no aceptar nuestras emociones, sensaciones o pensamientos desagradables puede llevarnos a aumentar el desgaste y el agotamiento personal. Cuando no aceptamos una emoción, sensación o pensamiento hacemos un doble esfuerzo en el intento de no experimentar todo aquello que es negativo, pero que a veces es inevitablemente, está ahí.

La aceptación psicológica se refiere a la **voluntad de vivir y experimentar pensamientos, emociones, sensaciones y memorias, ya sean positivas o negativas, sin evitarlas, modificarlas o pretender suprimirlas.**

La aceptación emocional está relacionada con el bienestar personal y se ha estudiado también dentro del ámbito sanitario, mostrando sus efectos beneficiosos en los profesionales de la salud. Aquellos trabajadores que cuando tienen emociones o sensaciones desagradables se permiten tenerlas, no luchan excesivamente contra ellas, tienen mayor bienestar. ¿Por qué sucede esto? Porque si además de los problemas o situaciones que nos preocupan o nos han generado esas emociones y sensaciones negativas, uno se fustiga y no se permite sentirse mal por ello, ya tiene dos problemas: el que originó todo lo negativo y desagradable y su actitud consigo mismo de rechazo y no aceptación personal.

Pongamos un ejemplo: todos nosotros podemos tener un mal día en el trabajo y en un momento dado cometer un error. De ese error alguien se puede dar cuenta y reprendernos por ello. Nosotros tenemos dos opciones: por un lado podemos continuar trabajando y aceptar lo que ha ocurrido (siempre y cuando estemos de acuerdo), aceptar también que no nos gusta que nos llamen la atención y aceptar incluso que nos sienta mal que nos lo digan; o por el contrario podemos comenzar a recriminarnos a nosotros mismos el hecho de haber cometido un error, recriminamos el hecho de que no sepa-

Las emociones negativas son desagradables, pero no impiden en sí mismas alcanzar nuestras metas personales

mos aceptar las críticas, valorar que no somos capaces de hacer bien el trabajo y un largo etcétera. En el primer caso, la persona acepta que se puede equivocar, acepta que no le gusta equivocarse, acepta incluso que se puede sentir mal por ello y que no pasa nada más allá de eso. En el segundo caso, la persona no acepta que pueda cometer errores, no permite sentirse mal por ello y comienza a pensar en las consecuencias que ello le puede generar. Sin duda, la actitud de este último profesional le llevará a un bloqueo mayor que le impedirá mantener la atención a otros aspectos que siguen aconteciendo en su trabajo y en su vida, pues puede que todo esto lo siga pensando en casa. De esta manera nos empezamos a enredar en el contenido de nuestra mente y dejamos de prestar atención a lo que ocurre fuera de ella: a la vida que sigue transcurriendo.

Aceptar nuestras emociones y pensamientos negativos no es conformarnos o resignarnos con respecto a ellos, sino ser más tolerantes con nosotros mismos, abandonar la actitud de "jueces



Nuestra razón siempre quiere controlar nuestros sentimientos

que mantenemos en algunas ocasiones con respecto a nosotros -lanzándonos mensajes del tipo "no debería sentirme de esta manera" o "no debería estar siempre pensando de esta manera"- y que lejos de tranquilizarnos, nos provocan mayor malestar. Es curioso como a veces nos estresamos por el hecho de estar estresados, adquirimos miedo a nuestros miedos, nos obsesionamos por el hecho de estar obsesionados o nos deprimimos por estar tristes. No nos permitimos el estrés, el miedo, la obsesión o la tristeza y esto tiene un coste añadido: supone una doble carga. Paradójicamente, los pensamientos y emociones, cuánto más intentas evitarlos, más presentes están.

Es extraño. Hemos aprendido desde pequeños a controlar el mundo de lo físico a través de nuestras propias acciones (por ejemplo: podemos evitar fácilmente que un vaso de cristal no caiga al suelo, o podemos hablar con un compañero de trabajo si algo de lo que dijo nos sentó mal), y sin embargo intentar acabar con un pensamiento negativo no pensando más en él o rumiándolo; o pretender acabar con una emoción negativa sin permitirnosla, intentando a toda costa que desaparezca, lejos de hacerlo, aumenta más su presencia.

Le vamos a pedir que haga un breve experimento para ilustrarlo. Imagínese un elefante rosa. Cuando ya lo haya visualizado le vamos a pedir que cierre los ojos y que durante un minuto intente no visualizar el elefante rosa, ni su trompa, ni su tamaño, ni su color, ni su textura.



Queremos controlar todo lo que pensamos y sentimos

Seguramente no pueda dejar ya de pensar en este curioso ejemplo y menos aún si tiene un instructor al lado suyo que constantemente le esta diciendo "no se imagine un elefante rosa". Los estudios acerca de la supresión del pensamiento indican que el hecho de no querer pensar en algo es en si mismo un acto de pensar sobre ello. Si usted quiere dejar de pensar en algún aspecto suyo que no le gusta, cuanto más se obsesione con que salga de su cabeza, más presenté estará. Si a usted no le gusta que su corazón vaya a mil por hora durante una taquicardia puede hacer dos cosas: aceptarlo y esperar a que pase (siempre que no tenga problemas de salud) o prestar atención al ritmo de su corazón, a su sonido, prestar atención a cuando para, a cuando va más rápido, pensar en sus consecuencias, a por qué le esta ocurriendo, a por qué no se ha parado ya. No aceptar y permitir nuestras sensaciones desagradables, las hará mayores.

Así una actitud de control y evitación de nuestro mundo interno puede aumentar el malestar, en parte porque la mayor parte de recursos se nos irán en esa pretensión. En cambio, observar nuestro interior, incluso lo negativo que pueda surgir dentro de él, sin criticarlo, manteniendo una actitud de aceptación, tranquilidad y sosiego, que nos permita seguir llevando nuestro día a día, favorecerá el bienestar.

La cultura popular sostiene la idea de que las emociones y pensamientos positivos dan lugar a buenos comportamientos, mientras que, en cambio, las emociones y pensamientos negativos causan malos comportamientos y catastróficas consecuencias. A pesar de esta creencia popular, ¿no es cierto que usted ha sido capaz de ir a trabajar a pesar de haber dormido mal la noche anterior o haber discutido con su pareja antes de salir de casa? Y no es cierto también que usted en alguna ocasión ha dudado de su valía y al mismo tiempo ha podido alcanzar algunas de las metas y objetivos que se había propuesto? No ha tenido alguna vez la sensación de estar nervioso cuando ha tenido que presentar delante de una audiencia, y aún así lo hizo?. Podemos por lo tanto afirmar que **las emociones y pensamientos negativos son desagradables, pero no nos impiden alcanzar nuestras metas personales y conseguir aquello que valoramos en la vida.**

Emociones negativas, pensamientos intrusos, sentimientos incómodos, sensaciones desagradables, memorias del pasado, anticipaciones del futuro... forman parte de nuestra vida. Alguien nos quiso decir en algún momento que una vida feliz era una vida donde no hubiera nada de esto. Sin embargo, nuestros padres, nuestros antepasados tuvieron todo ello y a pesar de ello encontraron muchos momentos de felicidad. Quizá el problema reside en nuestra baja tolerancia a algo que es inherente a la vida: el dolor. Vivir una vida plena es aceptar lo bueno y lo malo que tiene. Si nos obsesionamos con que todo vaya bien, con no sentirnos mal nunca, con siempre pensar en positivo, con nunca llegar a tener sensaciones corporales negativas o nunca recordar el pasado con cierta nostalgia y pensar en el futuro con cierta incertidumbre, estaremos rene-gando de una vida completa y verdadera.

Atención plena o Mindfulness

En los últimos años en las revistas científicas y los departamentos de las grandes universidades se ha visto escrito y se ha escuchado con frecuencia la palabra "mindfulness". Teclear en Google Académico o en cualquier base de datos académica "mindfulness" supone miles de publicaciones de abultada importancia en milésimas de segundo. Dichas publicaciones científicas contienen en sus páginas protocolos de intervención para múltiples problemas de salud basados en mindfulness. Son internacionalmente conocidos el Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión. Sin embargo, existen muchos otros protocolos de intervención basados en mindfulness respaldados con evidencia empírica. Muchos de ellos dirigidos al tratamiento de distintos trastornos mentales y otros tantos para el tratamiento específico de problemáticas relacionadas fundamentalmente con el dolor físico, como el dolor crónico de espalda o la artritis.

Se considera mindfulness la actitud de permanecer atentos intencionalmente en el momento presente con aceptación y sin juicio. Su práctica promueve la mejora de la autorregulación de la atención, y desarrolla la capacidad de permanecer en el aquí y en el ahora, alejándonos de vivir mentalmente en el pasado o en el futuro. El término mindfulness proviene de la palabra "sati", del idioma pali, que significa visión clara. En español ha sido traducido como "atención plena" o "conciencia plena". Durante miles de años las religiones orientales han indagado en el funcionamiento introspectivo del ser. El budismo en concreto se ha centrado en el modo en que el sufrimiento puede ser paliado, o incluso eliminado. Una de los caminos que el budismo y el hinduismo han propuesto para ayudar al ser humano a reducir su sufrimiento ha sido el desarrollo de la actitud mindfulness. Mindfulness es, por tanto, una representación de como la ciencia occidental y las tradiciones contemplativas orientales están hoy en día acercándose para mejorar el bienestar humano.

Pero, ¿cuáles son los componentes que caracterizan una actitud "mindful" o de atención plena? Un

elemento central es el no juicio y aceptación de la realidad tal cual es. Es decir, tanto los elementos externos (el contexto en el que me encuentro) como los elementos internos (los pensamientos y emociones de uno) deben ser observados y aceptados tal y como son. Habitualmente, en nuestro día a día, tendemos a enjuiciar o criticar toda experiencia que aparece ante nosotros. Sin em-



En los ejercicios de mindfulness se adopta una postura específica.

bargo, mindfulness adopta como principio fundamental la observación contemplativa de los fenómenos de distinta naturaleza aceptándolos tal y como son. No enjuiciar y aceptar los pensamientos y emociones sin resistirnos a ellos supone una nueva forma de relacionarnos con nosotros mismos que trae múltiples beneficios.

La constancia en los ejercicios de mindfulness se torna un elemento necesario e imprescindible

Otro elemento importante de la actitud mindfulness es la autocompasión. Dado que muchas veces somos excesivamente autocríticos y autoexigentes con nosotros mismos, las prácticas de mindfulness pretenden promover una actitud amable, bondadosa y autocompasiva. De este modo, con mindfulness se pretende reducir el exceso de autocrítica mejorando la relación con nosotros mismos.

autoexigentes con nosotros mismos, las prácticas de mindfulness pretenden promover una actitud amable, bondadosa y autocompasiva. De este modo, con mindfulness se pretende reducir el exceso de autocrítica mejorando la relación con nosotros mismos.

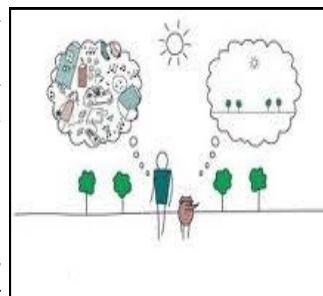
¿Cómo podemos, por tanto, ser bondadosos con nosotros mismos, no enjuiciar y aceptar la realidad tal cual es? A través de la mente de principiante y el descentramiento. El mindfulness promueve una visión libre de estereotipos y pre

juicios. Es lo que podemos denominar "mente de principiante" frente a la mente condicionada con la que habitualmente observamos e interpretamos el mundo. Se trata de ver el mundo como si fuese la primera vez que lo viésemos, con curiosidad. Junto a esto mindfulness promueve una actitud de desapego o descentramiento respecto a nuestras sensaciones internas, ya sean emociones o pensamientos.

Es decir, fomenta que veamos nuestros pensamientos como lo que son, pensamientos, y nuestras emociones como lo que son, emociones, sin ponerles ni quitarles nada. Desarrolla la capacidad para ver los pensamientos y emociones desde una perspectiva de "yo observador" descentrado que no enjuicia y acepta lo que ve. En otras palabras y en resumen, observamos atentamente nuestros propios pensamientos y emociones pero los dejamos ir, los dejamos pasar como las nubes pasan cuando las observamos. No nos enganchamos a ellos, ya que entendemos que la mente genera pensamientos por si sola, que van y vienen, del mismo modo que las emociones, aparecen y desaparecen. Es lo que los budistas llaman la ley de la impermanencia, que explica que todo fenómeno tiene un principio y un fin. Nada es, por tanto, permanente.

Falta por preguntarse...¿Cómo promover una actitud mindfulness?, ¿cuáles son las herramientas que permiten desarrollarla?. Aunque existen una amplia variedad de técnicas, en este curso nos centraremos en algunas prácticas: la exploración corporal o body scan, la meditación en la respiración, la meditación en los pensamientos, la meditación en las emociones, la meditación metta o compasiva, entre otros. Todos ellos nos ayudaran a promover una actitud mindfulness, y por tanto, una forma diferente y más saludable de relacionarnos

con nosotros mismos. Por tanto, la práctica de estos ejercicios se torna un elemento necesario e imprescindible. Una actitud paciente, constante, disciplinada y comprometida con la práctica de los diferentes ejercicios es la base que promueve el desarrollo de dicha actitud. Además los ejercicios de mindfulness se pueden integrar en muchos contextos y lo ideal es acabar generalizándolo a nuestro día a día.



Atención plena y aceptación

Muchas veces la lucha contra nosotros mismos, contra nuestros pensamientos o emociones desagradables, hace que suframos mucho más de lo que ya lo estamos haciendo, y además nos aleja de comportarnos de acuerdo a nuestros valores. Resistimos al dolor, perderse en pensamientos rumiando en exceso, o tratar de luchar contra sensaciones o emociones desagradables, nos hace perder una gran cantidad de energía, y alejamos de nuestras metas vitales. Cuando queremos darnos cuenta, hemos convertido nuestros intentos de solución en el problema fundamental, y nos encontramos encerrados en un círculo sin salida. Luchar contra uno mismo puede ayudarnos a encontrar soluciones a corto plazo que nos ayuden, pero nos puede alejar de comportarnos de acuerdo a nuestros valores a largo plazo. Ante esto, mindfulness puede ayudarnos a parar y no resistimos a nuestras experiencias por dolorosas que las sintamos. Tan solo observán-

dolas amablemente, sin juicio y aceptándolas tal y como son, podremos no vernos arrastrados por ellas y poder elegir libremente la dirección vital que queremos seguir. Distanciamos de nuestras experiencias nos permite generar un espacio psicológico

desde el cual tomar decisiones y comportarnos de acuerdo a nuestros valores, lo que nos llevará a una vida llena de significado. Es este el punto, finalmente, donde reside el bienestar y sentido vital personal, y el mindfulness puede ayudarnos a acercarnos a él.



La práctica de mindfulness se puede integrar en nuestro día a día

Mantener una actitud de atención plena nos acerca a lo que queremos, nos permite fluir, no engancharnos en las experiencias negativas y conseguir avanzar en pro de nuestras metas personales. Una mente despejada es una mente que nos ayuda a vivir. Una mente llena de bloqueos, barreras, conflictos y luchas entre nosotros con nuestras emociones, pensamiento y sensaciones desagradables nos impedirá estar despejados para afrontar las continuas demandas que seguirán presentándose en nuestro día a día y en el trabajo.

De la teoría a la práctica

En el desarrollo de las sesiones vamos a practicar los siguientes ejercicios, que nos ayudarán a aprender una actitud de atención plena:

¿Sabes realmente que es una pipa?

Con este ejercicio se pretende introducir el concepto de que es mindfulness. Prestar atención al momento presente de forma intencional sin juzgar y con aceptación. Se trabaja la diferencia entre reaccionar y responder. Reaccionamos cuando llevamos a cabo los actos sin atención plena, mientras que llevar a cabo un acto con atención plena permitirá adoptar decisiones libres y de acuerdo a nuestros valores vitales.

Además, se introducirá el concepto de observar con mente de principiante (curiosidad) y de no juzgar los pensamientos que puedan

aparecer en la mente ante comerse una pipa de una manera consciente.

Body Scan o Exploración corporal

La exploración corporal tiene por objetivo que

el practicante sea consciente de cada parte de su cuerpo. El practicante se hace consciente de sus tensiones corporales sin juzgarlas ni resistirse a ellas, de modo que empiece a relacionarse con su cuerpo de una manera distinta y más amable. Se trata de observar las sensaciones asociadas a la respiración en distintas partes del cuerpo, tanto cuando se inhala como cuando se exhala. Se produce con todo ello un incremento de la conciencia corporal focalizando la atención de forma profunda en distintas áreas del cuerpo.

Meditación formal

Aunque hay distintas posturas de meditación en diversos objetos de atención, durante esta meditación sentada focalizaremos la atención en distintos elementos. Primero en la respira-

ción, después en los pensamientos, y posteriormente en las emociones. El objetivo es el desarrollo de una actitud mindfulness: no juicio, aceptación, desapego o descentramiento, paciencia, no esfuerzo y curiosidad. Es el ejercicio más

completo. Se le considera el corazón del mindfulness.

El catalejo

Mediante una meditación guiada y adaptando la metáfora del catalejo, el ejercicio promueve el desarrollo de mindfulness para ser capaz de afrontar las barreras psicológicas que los practicantes consideran que les pueden impedir alcanzar sus metas personales. Se trata de promover el mindfulness como una herramienta o actitud que ayude a observar las barreras de una manera distinta, de modo que aun con su existencia los practicantes puedan comportarse de acuerdo a sus valores y seguir con su vida por doloroso que resulte.

El "yo" observador

Con este ejercicio se pretende trabajar el yo como contexto, de modo que los practicantes comprendan que su yo es arbitrario, y que tienen todos ellos una esencia por encima de todos los roles que juegan en su día a día. Los pensamientos, emociones y sensaciones forman parte de ellos, pero no son ellos esencialmente. El ejercicio potencia la noción de que todo cambia.

La respiración es el elemento fundamental cuando estamos practicando mindfulness

Valores, metas y acciones

Carl Rogers, considerado uno de los padres de la psicoterapia, afirmó que todas las personas poseemos una tendencia a actualizarnos en dirección a la maduración y autorrealización, en dirección a una mayor autonomía. Esto significa que todas las personas contamos con la capacidad de poder crecer y desarrollarnos más allá de si poseemos habilidades o no para hacerlo e independientemente de lo que para cada persona signifique crecer o desarrollarse. Uno habitualmente siente que esta creciendo cuando considera que el curso de las cosas van en una dirección determinada, y que uno mismo es agente para que las cosas vayan así. Por eso tener claro hacia donde vamos y darnos cuenta de nuestro papel en ese proceso es fundamental. **A veces no tenemos claro qué cosas son importantes para nosotros y al no tenerlo claro, nos comprometemos con acciones y comportamientos que nos alejan de cómo queremos ser o estar en la vida, provocándonos malestar.**

Los **valores personales** son las direcciones elegidas que guían nuestra vida y nuestro comportamiento. Siempre se puede, si lo deseamos, caminar en nuestras direcciones valiosas, sin dejar de hacerlo a menos que lo deseemos explícitamente. Por ejemplo: el valor de una persona puede ser la comunicación dentro de la pareja y por lo tanto siempre intentar fomentarla dentro de sus relaciones. El valor de otra persona puede ser estar actualizado profesionalmente y por lo tanto ir formándose durante toda su carrera profesional. El valor de otra será la tranquilidad en todos los ámbitos de su vida y siempre la estará buscando en todas sus acciones.

La adquisición de los valores que nos guían, de las cosas que son importantes para nosotros en cada una de las áreas que conforman nuestra vida, es un proceso complejo que se inicia en la más tierna infancia y donde entran en juego muchos agentes socializadores como la familia, la escuela, los medios de comunicación. Los valores son aquellos marcos de referencia que guían nuestra conducta. No son ni buenos ni malos en sí mismos. Cuando somos adultos podemos tener

claros cuáles son nuestros valores, de donde proceden, cuáles son propios y cuáles hemos adquirido y asumido. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden producirse dos fenómenos asociados habitualmente entre sí: a) una falta de



Multitud de acciones y comportamientos nos permiten alcanzar la vida que queremos

claridad e identificación sobre cuáles son los valores que guían nuestro comportamiento y b) una falta de compromiso con las cosas que para nosotros son importantes.

Imagínese por un momento que todos los días desde hace 20 años se levanta para ir a trabajar a las 7 de la mañana y un día le preguntan ¿y usted por qué se levanta tan temprano todos los días? A lo que usted responde ¡esté claro, para ir a trabajar!...pero algu-

No conocer los motivos y el sentido de nuestras acciones produce insatisfacción

na vez se ha preguntado por qué es importante para usted ir a trabajar? La respuesta aparentemente podría ser sencilla, aunque habitualmente cuesta identificarlo y nos lo preguntamos en escasas ocasiones. La respuesta puede ser un "para ganar dinero" o "para sentirme realizado" entre otras muchas. Cuando sabemos porque hacemos las cosas, nos sentimos mejor, porque tenemos el control de nuestra vida. Sabemos qué estamos haciendo, para qué y el valor que tiene para nosotros. Cuando perdemos el horizonte del por qué de nuestras acciones o su sentido, habitualmente nos sentiremos mal. Si bien somos seres de hábitos, una vida donde uno se compor

te de manera automática, sin poder de decisión sobre algunas parcelas de su propia vida, e incluso sin conocer los motivos y sentido de sus acciones, puede producir insatisfacción con la vida. Por este motivo es tan importante clarificar qué cosas son importantes para nosotros y comprometernos con ellas.

Para ayudarnos en el proceso de ir en dirección hacia lo que nos importa nos puede ayudar ponernos **metas personales** en las distintas áreas vitales. Las metas a diferencia de los valores si tienen un final. Cuando una persona alcanza una meta, ya la ha alcanzado. Podrá volvérsela a imponer o reformularla, pero la alcanza en un determinado momento. En uno de los ejemplos comentados anteriormente, el valor era la actualización profesional (siempre podemos aprender cosas nuevas) y la meta sería aumentar mi competencia sobre un procedimiento determinado (donde llegará un momento en el que visiblemente ya lo hayamos aumentado y será necesario aumentar, si lo queremos, otro nivel).

Desde luego para alcanzar nuestras metas personales, además de tener claras cuáles son y que sentido tienen (al servicio de qué valores personales se encuentran), es necesario poner en marcha **acciones** encaminadas hacia esas metas. Para ello a veces es necesario hacer un plan explícito y desmenuzado de cuáles son aquellos comportamientos que me acercarían a la obtención de mis metas personales. En el ejemplo de la actualización profesional (un posible valor), la meta era aumentar un nivel de competencia, y las acciones o comportamientos necesarios podrían ser la realización de distintos cursos que me permitieran conseguir esa meta. A veces, tenemos claro qué es importante para nosotros en la vida, también nuestras metas personales y sabemos cómo conseguirlas, pero surgen **barreras y bloqueos** que nos impiden ponernos en marcha. En ocasiones estas barreras serán objetivas y provendrán del ambiente externo (por ejemplo: no tener dinero para hacer el curso de actualización que necesitábamos). Pero otras veces serán subjetivas, psicológicas, emocionales y nos las impondremos nosotros mismos (por ejemplo: pensar que uno no es capaz de aprender una técnica nueva o miedo a sentirse inferior a los demás en el curso). Vamos a tratar en el siguiente epígrafe cómo podemos afrontar este segundo tipo.

Barreras y bloqueos emocionales

¿Alguna vez se ha visto cancelando una cita porque tenía demasiados nervios para ir y pensó que se darían cuenta?, ¿dejó de llamar a alguien importante en su vida porque le daba vergüenza o se sentía culpable por algo? ¿le cedió una responsabilidad a otra persona porque usted no se vio capaz de asumirla? ¿no hizo algo por miedo a las consecuencias? ¿se cruzó de acerca para que no le viera una persona?. Todas estas situaciones y otras muchas que pueden llegar a sucedernos tienen un núcleo común: **la evitación de ciertas experiencias emocionales negativas.**

Es curioso. Vamos a analizar alguna de estas situaciones. En el primer caso, la persona quería asistir a la cita, era importante para ella. Sin embargo depositó en sus nervios toda la agencia de no ir. Algo que deseaba se truncó por una barrera emocional que se puso. Este comportamiento es normal y se sustenta en la idea cultural que tenemos en occidente de que no podemos hacer las cosas e ir a los sitios con malestar e incomodidad. Cuando estos sentimientos están presentes es sinónimo de anormalidad y por lo tanto nos bloqueamos y no hacemos algo justificándonos en ello. Pero, ¿hubiéramos sido capaces de ir físicamente a nuestra cita? Seguro que sí, a pesar de

los nervios hubiéramos sido capaces de ir hasta allí, y después probablemente esos nervios se hubieran ido. Ese es el problema, le hacemos más caso al contenido de nuestras emociones y pensamientos que a la propia experiencia de vida. A veces pensando tanto nos olvidamos de vivir y de las cosas importantes. Jorge Barraca titula así un libro donde expone este planteamiento problemático: *“La mente o la vida”*.

En el segundo ejemplo, la persona deja de llamar a alguien que era y es importante para ella por miedo, vergüenza o porque se siente culpable de algo que hizo en el pasado. Nuevamente entre algo que es importante para nosotros (la otra persona y su contacto) y nuestra acción de llamarle aparece el bloqueo de los sentimientos y pensamientos que llegan a ser tan poderosos que nos hacen creer que pueden gobernar nuestro comportamiento. Pero, ¿podríamos llamar a esa persona a pesar de tener esos sentimientos? Sin pretender eliminarlos ¿podemos hacer una llamada con sentimientos negativos? Si, podemos, aunque sea más incómodo que si no los tuviéramos,

pero podemos hacerlo. Véase la facilidad con la que ponemos como causa de nuestro comportamiento (o no comportamiento) nuestras emociones y pensamientos. De esta manera reforzamos y asentamos la idea de que son ellos los que ganan, los que controlan nuestra vida. Y lo que estamos planteando en este taller es que usted (y no sus pensamientos y emociones) es el dueño de su vida. Lo que usted decida hacer y las cosas que son importantes para usted (sus valores y metas) son lo que pueden comenzar a gobernar su vida.

¿Usted fue algún día a trabajar sin ganas? De mal humor? ¿y con problemas en casa? Seguro que sí, y seguro que hizo bien su trabajo. Y aun-



Conduce hacia tus metas a pesar de las curvas del camino.

que no lo hubiera hecho del todo bien, lo hizo. Y gracias a eso sigue manteniendo algo que es importante para usted: su trabajo y su realización personal. Si hubiera dejado de ir al trabajo por el mal humor con el que se levantó un día o porque no tenía demasiadas ganas hubiera dado más peso a sus sentimientos, sí, pero quizá hubiera perdido algo importante en su vida.

Una vida valiosa y comprometida

Lo que estamos proponiendo a través de este taller es que aquellas cosas que sean importantes para usted sean las que verdaderamente gobiernen su vida. Si usted desea asistir a una cita, hágalo, a pesar de los nervios. Si para usted es importante una persona del pasado, llámela, a pesar de esos sentimientos incómodos sobre lo que pensará la otra persona o sobre su posible reacción. Si para usted es importante hacer su trabajo, hágalo a pesar de sentir que no será capaz de hacerlo. **Son las cosas que queremos, las que deseamos alcanzar las que deben dirigir nuestra vida.** De lo contrario, siempre estaremos guiados por emociones y pensamientos que cambian a lo largo de los días y semanas. Y si nos dejamos guiar por ellos cuando son negativos, nos pueden impedir lograr muchas cosas que queremos. Por eso es importante tener claro qué queremos para nuestra vida, en las diferentes áreas que la forman (en nuestro ámbito privado, en nuestras relaciones de pareja, nuestras amistades, nuestro trabajo, nuestro ocio, en nues-

Es útil preguntarse si nuestras acciones nos acercan o alejan de nuestros valores personales

tra relación con la comunidad en la que vivimos, etc...). No clarificar este tipo de cosas nos hace ir dando tumbos, sin una dirección determinada. Para conseguir esto es necesario una serie de cosas. En primer lugar, identificar cuáles son las áreas más importantes de nuestra vida. Al final de este cuadernillo tenemos unos ejercicios que nos pueden ayudar a ello. Una vez tengamos identificadas cuáles son las áreas importantes, saber qué valores o que cosas son importantes para nosotros en cada una de esas áreas y comenzar a poner en marcha acciones y comportamientos congruentes con esos valores. De nada sirve si para uno es importante mantener buenas relaciones de amistad, no llamar nunca a sus amigos. Tampoco será de gran ayuda no hacer ningún tipo de actividad física para aquella persona que valore mucho tener un cuerpo sano. Por eso

es útil que en determinadas ocasiones nos preguntemos si los comportamientos y acciones que ponemos en marcha en nuestro día a día nos acercan o alejan de nuestros valores personales, de aquello que es importante para nosotros. Si la respuesta es que sí ¡ enhorabuena! Usted ha decidido comprometerse con aquello que le importa. Si la respuesta es que no, puede decidir mantener esa distancia entre lo que hace y lo que realmente le importa, o puede acortar la distancia y comenzar a hacer algo para estar más cerca de lo que quiere conseguir en la vida.

El hipopótamo de la fotografía ha llegado a la conclusión de que quiere llegar a ser igual de esbelto que el unicornio. Su meta personal es perder peso y por ello se ha puesto manos a la obra con el ejercicio físico. Quizá le vaya a resultar un poco difícil ser exactamente igual que el unicornio, pero llegará a perder peso, ser esbelto (a su modo) y mientras hace ejercicio sentirse bien haciendo cosas que él ha decidido. Ha decidido comprometerse con sus valores y metas personales ¡actuando!



Ejercicios 1ª sesión

¿ Cuánto sabes ?

A) Ser flexible y capaz de cambiar el foco de atención de una cosa a otra sin engancharnos a las situaciones y emociones es un recurso personal que produce bienestar	V	F
B) Parar nuestra vida y todo lo que acontece en ella por una emoción o pensamiento desagradable y recurrente es una habilidad emocional adaptativa para las personas	V	F
c) Aceptar nuestras emociones y sensaciones es tener la voluntad de experimentarlas sin evitarlas, intentar modificarlas o suprimirlas	V	F
d) La aceptación de nuestras emociones, pensamientos y sensaciones desagradables o negativas nos permite ahorrar energía al optimizar más nuestros recursos personales.	V	F
e) Las actitudes de aceptación, no juicio, autocompasión y observación de los fenómenos son actitudes de mindfulness o atención plena.	V	F
f) Para practicar mindfulness o atención plena se necesitan muchos recursos, mucho tiempo, una sala especial y estar tumbado.	V	F
g) La mente del principiante consiste en ver el mundo y todo lo que nos acontece en el día a día como si fuese la primera vez que lo viéramos.	V	F
h) Aceptar nuestras emociones y practicar la atención plena nos permite fluir y acercarnos más a nuestras metas y valores personales	V	F

Respuestas: a) V b) F c) V d) V e) V f) F g) V h) V

Píllate durante la semana

Anota en cada viñeta aquellos pensamientos, emociones o sensaciones negativas que vayas teniendo durante la semana y la manera en la que has intentado evitarlos o controlarlos (p.e si intentas eliminarlos, modificarlos, pensar o sentir otra cosa, etc...)



Ponlo en práctica en casa

Meditación en la respiración (Pista numero 1 en el CD)



Durante los próximos siete días, antes de la siguiente sesión, practica, con la ayuda del audio, la meditación en la respiración. Recuerda que debes sentarte en una silla cómoda. Las plantas de los pies apoyadas sobre el suelo y sin cruzar. La espalda recta sin apoyar o apoyada sobre el respaldo, pero siempre recta (como si tiraran de un hilo que está sobre tu cabeza hacia arriba). Las palmas de las manos sobre tus rodillas. Una vez adoptada la postura y habiendo hecho los ajustes necesarios para sentirte cómodo cierra los ojos y toma tres respiraciones profundas centrando tu atención sobre tus orificios nasales. Dale al "play" y sigue las instrucciones. Si en algún momento de la semana, al acabar la meditación guiada quieres continuar meditando, adoptando la actitud que estamos entrenando, siéntete libre.

Cada vez que medites, señala con un "x" en la siguiente tabla, de forma que puedas controlar que días lo hiciste y cuáles no. Recuerda que lo aconsejable es todos los días una vez, pero en caso de que no encuentres el momento adecuado practica al día siguiente sin culparte por no haberlo realizado todos los días. ¡No te culpes!. Un buen momento para meditar es nada más despertarse, pero puedes hacerlo cuando te apetezca.

Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes

Ejercicios 2ª sesión

Clarifica tus valores

Escribe a continuación cuáles son los valores que guían tu comportamiento o te gustaría que lo hicieran en cada una de las siguientes áreas. Después escribe las metas que tendrías que cumplir para saber que estas caminando hacia ellos, las acciones a poner en marcha y las posibles barreras psicológicas que podrían aparecer en el camino.

☀ Recuerda que...

Un valor es algo que nos importa dentro de un área determinada de la vida y hacia lo que siempre podemos dirigirnos, sin un final delimitado (*ejemplo: actualizarnos laboralmente*). Sin embargo, una meta sabemos cuando la hemos alcanzado (*ejemplo: hacer un determinado curso que nos interesa*).

ÁREAS VALIOSAS	VALORES PERSONALES	METAS PERSONALES	ACCIONES NECESARIAS	BARRERAS PSICOLÓGICAS
Matrimonio/pareja/relaciones íntimas Describe el tipo de persona que le gustaría ser en una relación íntima, sobre la clase de relación que le gustaría tener. Intente focalizarse en su papel				
Relaciones familiares Describe el tipo de hermano/a, hijo/a, padre o madre que quisiera ser. Las cualidades que quisiera tener en esas relaciones. Cómo trataría a esas personas si fuera su persona ideal en esas relaciones				
Amistades y relaciones sociales Escriba que significa para usted ser un buen amigo. Si fuera capaz de ser el mejor amigo posible, ¿cómo se comportaría con sus amigos?. Intente				
Empleo Describe que tipo de trabajo le gustaría tener, que tipo de trabajador le gustaría ser y que tipo compañero con respecto a los demás sería				
Educación y formación Describa si le gustaría seguir formándose en algún área formal o informal, en alguna especialidad. Escriba sobre el tipo de formación que le atrae y				
Diversión / ocio/ hobbies Argumente sobre el tipo de vida recreativa que le gustaría tener, incluyendo pasatiempos, deporte,				
Salud y bienestar Incluya sus valores relacionados con mantener un bienestar físico y mental, que le gustaría alcanzar, escribas sobre temas como el sueño, la dieta, ejercicio físico, hábitos saludables, etc....				
Espiritualidad Lo que signifique para usted, puede ser desde sus valores procedentes de una religión, hasta otros valores que le dice su espiritualidad (<i>ejemplo: el contacto con la naturaleza</i>), ¿qué cosas le atraen y				
Vida comunitaria y medio ambiente Escriba acerca de los valores que usted tenga relacionados con esta área, que cosas, actitudes, conductas valora en relación ella.				

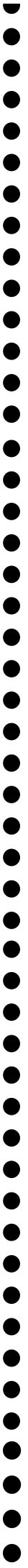
¿Cuál es el estado de tus valores ?

Abajo se encuentran las mismas áreas vitales del ejercicio anterior, pero no es necesario que vuelvas a escribir tus valores. Ahora te proponemos el autoconocimiento de otros aspectos relacionados con los mismos, como la importancia que le otorgas, lo congruentes que son tus comportamientos con ellos y tu satisfacción o insatisfacción con esa congruencia. Puedes valorar cada uno de estos aspectos a través de las escalas que te proponemos, donde 1 = nada/muy poco y 10 = mucho/siempre.

VLQ-2					
	Posibilidad de que algo importante/significativo pudiera ocurrir en esta área	Importancia de esta área en el momento presente	Importancia de esta área en general	Cuanto has hecho la última semana por conseguir lo que deseas en esta área	Satisfacción con las cosas que has hecho por conseguir lo que deseas en esta área.
Matrimonio/ pareja/ relaciones íntimas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Relaciones familiares	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Amistades y relaciones sociales	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Empleo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Educación y formación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Diversión / ocio/ hobbies	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Salud y bienestar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Espiritualidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Vida comunitaria y medio ambiente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



(recortar por los puntos y entregar al terapeuta)



Práctica durante tres meses

Meditaciones los próximos tres meses (diferentes pistas del CD)



Durante los próximos meses tú serás responsable de tu práctica. Con el objetivo de que conozcas más de una meditación y puedas practicar centrándote en diferentes objetos de atención, se ha adjuntado en el CD diferentes meditaciones:

- ◇ La meditación en la respiración (pista 1)
- ◇ El "Body Scan" (pista 2)
- ◇ La meditación en las emociones (pista 3)
- ◇ La meditación en los pensamientos (pista 4)
- ◇ La meditación del ahora (pista 5)
- ◇ La meditación "metta" o compasiva (pista 6)

Todas ellas son útiles para desarrollar una actitud mindfulness y reducir los niveles de estrés. Cada vez que medites utiliza una, para ir conformando una actitud mindfulness completa. Una vez que te veas capacitado para adoptar esta actitud sin la ayuda de los audios, siéntete libre de meditar sin su ayuda. Uno de los objetivos de la práctica es el desarrollo de tu autonomía como practicante.

Información sobre los autores

Luis Manuel Blanco

Investigador Universidad Autónoma de Madrid

Carlos García Rubio

Investigador Universidad Autónoma de Madrid

Dirección de correspondencia:

Laboratorio 5

Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de psicología

Calle Ivan Pavlov nº6

C.P 28049 Ciudad Universitaria de Cantoblanco –Madrid

Información de contacto:

Teléfono: 91 497 89 39 - 91 497 5225

Correo: luismanuel.blanco@uam.com

garciarubio.carlos@gmail.com

Visita nuestra web

www.uam.es/esalud

